

Утверждаю
Председатель
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
А.В.ЮРИН
30 декабря 2011 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРЕДСТАВЛЕНИЮ ИНФОРМАЦИИ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

В целях обеспечения единообразия реализации обязательного медицинского страхования в части представления информации территориальными фондами обязательного медицинского страхования (далее – территориальные фонды), страховыми медицинскими организациями (филиалами), медицинскими организациями и застрахованными лицами, создания условий для представления или обмена сведениями в электронном виде, целесообразно применение унифицированных образцов в соответствии с приложениями к настоящим Методическим указаниям.

Унифицированные образцы состоят из трех частей: заголовочной, содержательной и оформляющей.

Заголовочная часть образца содержит следующие общие реквизиты:

наименование, дату, на которую представлены содержащиеся в образце сведения (дата формирования сведений);

наименование субъекта, сформировавшего сведения;

наименование структурного подразделения организации, в котором сформированы сведения (или его обособленного подразделения (филиала);

наименование единицы измерения в валюте Российской Федерации.

Содержательная часть образца представляется в виде табличной и (или) текстовой частей, содержащих наименования данных, показателей (при наличии - кодов показателей по соответствующим классификаторам), а также содержание операции и соответствующие значения в натуральном и денежном выражении.

Оформляющая часть образца содержит подписи (с расшифровкой) должностных лиц, ответственных за представление сведений, и дату. Кроме того, должны быть указаны должность исполнителя, подпись (с расшифровкой), номер контактного телефона.

При изготовлении бланочной продукции на основе унифицированных образцов возможно изменение размеров граф и строк с учетом значности

показателей, а также включение дополнительных строк и создание вкладных листов для удобства размещения и обработки информации.

1. Образец заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации (приложение № 1).

Заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации заполняется застрахованным лицом (его представителем) от руки или машинописным способом. Заявление подается в страховую медицинскую организацию (филиал) лично (или представителем застрахованного лица, законным представителем) или с использованием информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети «Интернет», через официальный сайт территориального фонда или единый портал государственных услуг.

При заполнении заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации исправления не допускаются.

Заявление подписывается застрахованным лицом (или представителем застрахованного лица, законным представителем), сотрудником страховой медицинской организации (филиала) принявшим заявление, с расшифровкой подписи, указанием даты подписания, и скрепляется печатью страховой медицинской организации.

2. Образец ходатайства о регистрации в качестве застрахованного лица (об идентификации в качестве застрахованного лица) (приложение № 2).

Ходатайство о регистрации в качестве застрахованного лица (об идентификации в качестве застрахованного лица) заполняется медицинскими организациями, а также учреждениями социальной помощи (дома ночного пребывания, социальные приюты, социальные гостиницы, центры социальной адаптации и другие), созданными в системе органов социальной защиты населения в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 08.06.1996 № 670 «Об утверждении Примерного положения об учреждении социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий».

Ходатайство представляется в территориальный фонд, подписывается представителем ходатайствующей организации с расшифровкой подписи, с указанием даты подписания, и скрепляется печатью ходатайствующей организации.

3. Образец заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса (приложение № 3).

Заявление о выдаче дубликата полиса обязательного медицинского страхования или переоформлении полиса заполняется застрахованным лицом (или представителем застрахованного лица, законным представителем), от руки или машинописным способом, которое подается в страховую медицинскую организацию (филиал) лично или с использованием

информационно-коммуникационных сетей общего пользования, в том числе сети «Интернет», через официальный сайт территориального фонда или единый портал государственных услуг.

При заполнении заявления о выдаче дубликата полиса обязательного медицинского страхования или переоформлении полиса исправления не допускаются.

Заявление о выдаче дубликата полиса обязательного медицинского страхования подписывается застрахованным лицом или его представителем, сотрудником страховой медицинской организации (филиала), принявшим заявление, с расшифровкой подписи, указанием даты подписания, и скрепляется печатью страховой медицинской организации.

4. Образец акта списания и уничтожения полисов обязательного страхования и временных свидетельств, признанных недействительными (или не востребованными) (приложение № 4).

Акт списания и уничтожения полисов обязательного страхования и временных свидетельств, признанных недействительными (или не востребованными), составляется комиссией, включающей представителей территориального фонда и страховой медицинской организации (филиала), при оформлении решения о списании и уничтожении полисов обязательного медицинского страхования и временных свидетельств и служит основанием для отражения в бухгалтерском учете выбытия указанных объектов учета.

Акт оформляется в трех экземплярах. Один экземпляр оформленного надлежащим образом Акта, согласованного в установленном порядке и утвержденного руководителями территориального фонда и страховой медицинской организации (филиала), передается в территориальный фонд, один – в бухгалтерию страховой медицинской организации (филиала), один остается у материально-ответственного лица страховой медицинской организации (филиала).

5. Образец уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций (приложение № 5).

Уведомление об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования страховых медицинских организаций заполняется страховой медицинской организацией (филиалом) и представляется в территориальный фонд на бумажном носителе или в электронном виде в срок до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация (филиал) намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, с указанием субъекта Российской Федерации.

При выявлении территориальным фондом несоответствия сведений, указанных в уведомлении, данным документов, страховой медицинской

организации (филиалу) предлагается внести уточнения в уведомление с учетом срока, установленного частью 10 статьи 14 Федерального закона от 29.11.2010 «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон).

Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда в сети «Интернет».

К уведомлению прилагается копия лицензии страховой медицинской организации и иных документов, подтверждающих сведения, указанные в уведомлении, заверенные подписью руководителя страховой медицинской организации (филиала) и печатью страховой медицинской организации (филиала). В случае предоставления уведомления за подписью руководителя филиала страховой медицинской организации к документам прилагается копия доверенности, подтверждающая полномочия директора филиала.

Уведомление подписывается руководителем страховой медицинской организации (филиала), с указанием даты и заверяется печатью страховой медицинской организации (филиала). Наряду с этим, уведомление содержит подпись руководителя страховой медицинской организации (филиала), подтверждающую его информированность об условиях деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

6. Образец уведомления об исключении из реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (приложение № 6).

Страховая медицинская организация, включенная в реестр страховых медицинских организаций на основании уведомления, направленного в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году участия в сфере обязательного медицинского страхования, осуществляющая деятельность по обязательному медицинскому страхованию в субъекте Российской Федерации в предшествующем году на основании договора о финансовом обеспечении, направляет в территориальный фонд уведомление о досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении в соответствии с частью 15 статьи 38 Федерального закона, с указанием субъекта Российской Федерации. Данное уведомление является основанием для исключения страховой медицинской организации из реестра на предшествующий год и последующий. При этом страховая медицинская организация выполняет обязательства, определенные пунктом 2.29 договора о финансовом обеспечении».

Уведомление представляется на бумажном носителе или в электронном виде за три месяца до даты расторжения договора о финансовом обеспечении.

Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда в сети «Интернет».

Уведомление подписывается руководителем страховой медицинской организации (филиала) с указанием даты. Подпись руководителя страховой медицинской организации (филиала) скрепляется печатью.

«Страховая медицинская организация, включенная в реестр страховых медицинских организаций на основании уведомления, направленного в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году участия в сфере обязательного медицинского страхования, может до заключения договора о финансовом обеспечении направить в территориальный фонд просьбу об исключении из реестра в предшествующем году и информировании ее о факте исключения.

7. Образец уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования медицинских организаций (приложение № 7).

Уведомление об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования медицинских организаций заполняется медицинской организацией и представляется в территориальный фонд на бумажном носителе или в электронном виде в срок до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, или в иной срок, установленный комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования, с указанием субъекта Российской Федерации.

Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, (строка 9) указываются в разрезе профилей отделений и врачебных специальностей.

При выявлении территориальным фондом несоответствия сведений, указанных в уведомлении, данным документов, срок представления уведомления уточняется с учетом срока, установленного частью 2 статьи 15 Федерального закона.

Уведомление на электронных носителях или путем передачи по телекоммуникационным каналам связи с соблюдением требований по технической защите конфиденциальной информации направляется через официальный сайт территориального фонда в сети «Интернет».

К уведомлению прилагается копия разрешения на медицинскую деятельность медицинской организации.

Уведомление подписывается руководителем медицинской организации, с указанием даты, и содержит подпись руководителя медицинской

организации, подтверждающую его информированность об условиях деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направленного в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования, до заключения договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию может направить в территориальный фонд просьбу об исключении из реестра и информировании ее о факте исключения.

8. Образец акта сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (приложение № 8).

Акт сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении составляется ежемесячно и формируется по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным. В акте указываются сведения об остатках целевых средств на начало и конец отчетного периода и сведения о движении средств в отчетном периоде по данным бухгалтерского учета территориального фонда и данным бухгалтерского учета страховой медицинской организации (филиала).

Акт составляется в целях выявления и устранения причины возникновения расхождений и при их наличии служит основанием для корректировки остатков средств обязательного медицинского страхования в данных бухгалтерского учета территориального фонда или страховой медицинской организации (филиала).

Акт составляется в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, и подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда и страховой медицинской организации (филиала), с указанием расшифровки подписи и даты. Подписи скрепляются печатями организаций.

9. Образец заявки на авансирование медицинской помощи (приложение № 9).

Заявка используется при оформлении операций по авансированию медицинской помощи медицинской организацией в рамках договора на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (далее – договор на оказание и оплату медицинской помощи).

Заявка формируется медицинской организацией ежемесячно в объеме, установленном договором на оказание и оплату медицинской помощи и представляется в страховую медицинскую организацию (филиал) в установленный договором срок.

Медицинские организации, финансирование которых осуществляется по тарифу на основе подушевого норматива финансирования исходя из численности прикрепленных застрахованных лиц, заявку на авансирование медицинской помощи не формируют.

Заявка подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации, с расшифровкой подписи и указанием даты. Подписи скрепляются печатью организации.

10. Образец заявки на получение целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь (приложение № 10).

Заявка используется при направлении целевых средств на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь в рамках договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования (далее – договор о финансовом обеспечении).

Заявка формируется страховой медицинской организацией ежемесячно в объеме, установленном договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования и Правилами обязательного медицинского страхования, в установленный договором срок.

По строке 01 (численность застрахованных лиц) отражается численность застрахованных лиц в данной страховой медицинской организации, определенная как среднее значение между количеством застрахованных на первое число отчетного месяца и первое число текущего месяца. В случае, когда территориальным фондом обязательного медицинского страхования в соответствии с частью 6 статьи 16 Федерального закона в страховые медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, направлены сведения о гражданах, не обратившихся в страховую медицинскую организацию, указанные сведения учитываются при расчете численности лиц, застрахованных в данной страховой медицинской организации, и, соответственно, размера дифференцированного подушевого норматива.

По строке 02 отражается размер финансового обеспечения, утвержденный территориальным фондом по дифференцированным подушевым нормативам.

По строке 03 отражается размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды. Строка 03 заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам.

По строке 04 отражается сумма средств, полученная по заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, за отчетный месяц (месяц, указанный в наименовании заявки).

Заявка подписывается руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации, с расшифровкой подписи и указанием даты и заверяется печатью страховой медицинской организации.

11. Образец заявки на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи (приложение № 11).

Заявка используется при направлении целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи в рамках договора о финансовом обеспечении.

Заявка формируется страховой медицинской организацией ежемесячно в объеме не более объема, установленного приказом Минздравсоцразвития России от 09.09.2011 № 1030н «Об утверждении формы типового договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования», в установленный договором срок.

По строке 01 (среднемесячный объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи) отражается среднемесячный объем средств, направляемых на оплату медицинской помощи за последние 3 месяца, либо с периода начала действия договора о финансовом обеспечении (в случае периода действия договора менее трех месяцев).

По строке 02 отражается процент от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи, в рамках которого осуществляется авансирование медицинской на указанный в заявке месяц в соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

По строке 03 отражается объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи и с учетом определенного процента от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи.

Заявка подписывается руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации, с расшифровкой подписи и указанием даты и заверяется печатью страховой медицинской организации.

12. Образец реестра счетов на оплату медицинской помощи (приложение № 12).

Реестр счетов на оплату медицинской помощи (далее – реестр счетов) формируется медицинской организацией ежемесячно, представляется в страховую медицинскую организацию (филиал) в течение пяти рабочих дней месяца, следующего за отчетным, и является основанием для оплаты страховой медицинской организацией (филиалом) медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам в отчетном месяце.

В заголовочной части реестра счетов указывается полное наименование медицинской организации, ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ, период, за который сформирован реестр счетов, полное наименование страховой медицинской организации (филиала), выдавшей полис обязательного медицинского страхования пролеченным больным.

В реестр счетов медицинской организацией вносятся персонифицированные сведения о пролеченном больном и

персонифицированные сведения об оказанной ему медицинской помощи на основе данных медицинской документации.

Сведения о пролеченном ребенке до государственной регистрации рождения вносятся в реестр счетов на оплату медицинской помощи на основе персонифицированных данных о матери или другого законного представителя ребенка в соответствии с документами (паспорт, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС (при наличии) и персонифицированных сведений об оказанной ребенку медицинской помощи на основе данных медицинской документации.

Медицинские организации, финансирование которых осуществляется по подушевому нормативу, наряду с персональными данными пролеченных застрахованных лиц и данными персонифицированного учета оказанной им медицинской помощи, включают в реестр счетов список прикрепленных застрахованных лиц, тариф на основе подушевого норматива финансирования и общую сумму финансирования на численность прикрепленных лиц. В реестр счетов могут включаться дополнительные сведения в соответствии со способами оплаты медицинской помощи, применяемыми в субъекте Российской Федерации.

В графах 11, 15, 16, 19 указываются коды в соответствии с классификаторами, предусмотренными в общих принципах построения и функционирования информационных систем и порядке информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Реестр счетов подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

13. Образец акта сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию (приложение № 13).

Акт сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию составляется ежемесячно и формируется по состоянию на 1-е число месяца, следующего за отчетным. В акте указываются сведения о сумме задолженности по оплате медицинской помощи на начало и конец отчетного периода и сведения о движении средств в отчетном периоде по данным бухгалтерского учета страховой медицинской организации (филиала) и медицинской организации.

Акт составляется в целях выявления и устранения причины возникновения расхождений и при их наличии служит основанием для корректировки суммы задолженности по оплате медицинской помощи в

данных бухгалтерского учета страховой медицинской организации (филиала) или медицинской организации.

Акт составляется в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон, и подписывается руководителем и главным бухгалтером страховой медицинской организации (филиала) и медицинской организации, с указанием расшифровки подписи и даты. Подписи скрепляются печатями организаций.

14. Образец реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение № 14).

Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, формируется медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь застрахованному лицу, и направляется в территориальный фонд по месту оказания медицинской помощи не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

В заголовочной части реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, указывается полное наименование медицинской организации, ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ, период, за который сформирован реестр счетов.

В реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, медицинской организацией вносятся персонифицированные сведения о пролеченном застрахованном лице и персонифицированные сведения об оказанной ему медицинской помощи на основе данных медицинской документации.

Сведения о пролеченном ребенке до государственной регистрации рождения вносятся в реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, на основе персонифицированных данных матери или другого законного представителя ребенка в соответствии с документами (паспорт, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС (при наличии) и персонифицированных сведений о лечении ребенка на основе данных медицинской документации.

В графах 9 14, 15, 18 указываются коды в соответствии с классификаторами, предусмотренными в общих принципах построения и

функционирования информационных систем и порядке информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

Представление реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования производится в электронном виде в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2011 года, регистрационный № 19742).

При технической невозможности представления в электронном виде с соблюдением требований к электронной цифровой подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, подтверждается документом в бумажном виде.

15. Образец реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение № 15).

Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, формируется территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи на основе представленных медицинскими организациями реестров счетов, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания медицинской помощи.

В заголовочной части реестра счетов указывается субъект Российской Федерации, на территории которого оказана медицинская помощь, и субъект Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, указывается вид информации (основная или исправленная), период, за который сформирован реестр счетов.

В графах 8, 13, 14, 17 указываются коды в соответствии с классификаторами, предусмотренными в общих принципах построения и

функционирования информационных систем и порядке информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в регламенте информационного обмена.

В графе 18 указывается результат проведенного территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.

Представление реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, осуществляется в электронном виде в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденным приказом Минздравсоцразвития России от 25 января 2011 г. № 29н.

При технической невозможности представления в электронном виде с соблюдением требований к электронной цифровой подписи, подлинность сведений, представленных в электронном виде, подтверждается документом в бумажном виде, заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении.

Датой получения реестра счетов считается дата вручения заказного почтового отправления, указанная в уведомлении о вручении.

Реестр счетов подписывается руководителем и главным бухгалтером территориального фонда с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

16. Образец акта о причинах, требующих дополнительного рассмотрения (приложение № 16).

Акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, составляется территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, на основании проведенного медико-экономического контроля счета, представленного территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого оказана медицинская помощь.

В акте указываются позиции счета, не принятые к возмещению полностью или частично, с указанием причин их дополнительного рассмотрения.

Заголовочная часть акта о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, содержит реквизиты акта (номер, дата), реквизиты счета (номер, дата), позиции которого требуют дополнительного рассмотрения, наименование территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, представившего счет, фамилию, имя, отчество (при наличии)

руководителя подразделения и специалиста, осуществивших медико-экономический контроль счета.

В акте указывается номер дополнительно рассмотренной позиции счета, номер полиса обязательного медицинского страхования, сумма по счету, сумма не принятая к оплате, дефект, нарушение с указанием кода.

В графе 5 «Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля» код дефекта или нарушения указывается в соответствии с порядковыми номерами приложения № 8 к приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрировано Минюстом России 28.01.2011, № 19614).

Акт подписывается руководителем подразделения и специалистом территориального фонда субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, с расшифровкой подписи и датой подписания, и утверждается руководителем данного территориального фонда.

17. Образец акта о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету (приложение № 17).

Акт о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету, составляется территориальным фондом субъекта Российской Федерации по месту оказания медицинской помощи, на основании актов о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, представленных территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

В акте указываются позиции счета, не принятые к оплате полностью или частично.

Заголовочная часть акта о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету, содержит реквизиты акта (номер, дата), реквизиты счета (номер, дата), позиции которого не приняты к возмещению, наименование территориального фонда субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, представившего акт о причинах требующих дополнительного рассмотрения, фамилию, имя, отчество (при наличии) руководителя подразделения и специалиста данного территориального фонда.

В акте указывается номер не принятой к оплате позиции счета, номер полиса обязательного медицинского страхования, сумма по счету, сумма не принятая к оплате, дефект, нарушение с указанием кода.

В графе 5 «Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля» код дефекта или нарушения указывается в

соответствии с порядковыми номерами приложения № 8 к приказу Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 1 декабря 2010 года № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию» (зарегистрировано Минюстом России от 28.01.2011, № 19614).

Акт подписывается руководителем подразделения и специалистом территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, с расшифровкой подписи и датой подписания и утверждается руководителем данного территориального фонда.

18. Образец акта сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (приложение № 18).

Акт сверки расчетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, составляется ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности, за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно.

Сверка счетов проводится между территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи и территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, с составлением акта в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

В графах 1,2 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, предъявленные территориальному фонду по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования и не оплаченные по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.

В графах 3, 4, 5, 6 Акта отражаются расчеты по счетам, предъявленным территориальным фондом по месту оказания медицинской помощи территориальному фонду по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования в течение отчетного периода.

В графах 7, 8 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, предъявленные территориальному фонду по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования и не оплаченные по 30 сентября отчетного года включительно.

В графах 9, 10 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда по месту оказания медицинской помощи,

полученные территориальным фондом по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования и не оплаченные по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.

В графах 11, 12, 13, 14 Акта отражаются межтерриториальные расчеты по счетам территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, полученным территориальным фондом по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования в течение отчетного периода.

В графах 15, 16 Акта указываются номера, даты, суммы счетов территориального фонда по месту оказания медицинской помощи, полученные территориальным фондом по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования и не оплаченные по 30 сентября отчетного года включительно.

Акт подписывается руководителем и главным бухгалтером обеих сторон с указанием расшифровки подписи и даты. Подписи скрепляются печатями организаций.

19. Образец реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации (приложение № 19).

Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, формируется медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь застрахованному лицу, и направляется в территориальный фонд субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

В заголовочной части реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, указывается полное наименование медицинской организации, ОГРН медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ, период, за который сформирован реестр счетов.

В реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, вносятся персонифицированные сведения о пролеченном застрахованном лице, наименование страховой медицинской организации, выдавшей полис обязательного медицинского страхования застрахованному лицу, и персонифицированные сведения об оказанной медицинской помощи на основе данных медицинской документации.

Сведения о пролеченном ребенке до государственной регистрации рождения вносятся в реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской

Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, на основе персонифицированных данных о матери ребенка или другого законного представителя в соответствии с документами (паспорт, полис обязательного медицинского страхования, СНИЛС (при наличии) и персонифицированных сведений о лечении ребенка на основе данных медицинской документации.

В графах 11, 16, 17, 20 указываются коды в соответствии с классификаторами, предусмотренными в общих принципах построения и функционирования информационных систем и порядке информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования.

Реестр счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, подписывается руководителем и главным бухгалтером медицинской организации с расшифровкой подписей, с указанием даты подписания. Подписи скрепляются печатью организации.

Представление реестра счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, осуществляется в электронном виде в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25 января 2011 г. № 29н. При технической невозможности представления в электронном виде с соблюдением требований к электронной цифровой подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, подтверждается документом в бумажном виде.

20. Образец акта сверки расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации (приложение № 20).

Акт сверки расчетов за медицинскую помощь, оказанную медицинской организацией, находящейся за пределами Российской Федерации, составляется ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года включительно.

Сверка счетов проводится между территориальным фондом субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, и медицинской организацией, оказавшей медицинскую помощь, с составлением акта в двух экземплярах, по одному для каждой из сторон.

В графах 1, 2 Акта сверки указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, предъявленные территориальному фонду, в

котором выдан полис по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.

В графах 3, 4, 5, 6 Акта отражаются расчеты по счетам, предъявленным медицинскими организациями территориальному фонду, в котором выдан полис ОМС, в течение отчетного периода.

В графах 7, 8 Акта указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, предъявленные территориальному фонду, в котором выдан полис в течение отчетного периода и не оплаченные по 30 сентября отчетного года включительно. В графах 9, 10 Акта указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, полученные территориальным фондом, в котором выдан полис и не оплаченные по состоянию на 1 октября предыдущего отчетного года.

В графах 11, 12, 13, 14 Акта отражаются расчеты по счетам медицинских организаций, полученным территориальным фондом, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования в течение отчетного периода. В графах 15, 16 Акта указываются номера, даты, суммы счетов медицинских организаций, полученные территориальным фондом, в котором выдан полис и не оплаченные по состоянию на 1 октября отчетного года.

Акт подписывается руководителем и главным бухгалтером обеих сторон с указанием расшифровки подписи и даты. Подписи скрепляются печатями организаций.

Приложение № 1
к Методическим указаниям ФОМС

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
ОТ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе (замене) страховой медицинской организации¹

Прошу зарегистрировать меня (гражданина, представителем, которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в страховой медицинской организации _____
(наименование страховой медицинской организации)

в связи с (нужное отметить знаком "V"):

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | 1) выбором страховой медицинской организации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; |
| <input type="checkbox"/> | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства; |
| <input type="checkbox"/> | 4) заменой страховой медицинской организации в связи с прекращением действия договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования. |

и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» полис обязательного медицинского страхования (нужное отметить знаком "V"):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) в форме бумажного бланка; |
| <input type="checkbox"/> | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; |
| <input type="checkbox"/> | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина |
| <input type="checkbox"/> | 4) отказ от получения полиса |

Номер полиса²:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Отсутствует³ ☐

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются.

² Заполняется с ранее полученного полиса обязательного медицинского страхования единого образца.

³ Отмечается знаком «V», если полис обязательного медицинского страхования единого образца гражданину ранее не выдавался.

С условиями обязательного медицинского страхования ознакомлен.

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1. Сведения о застрахованном лице

- 1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность¹)
- 1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.3. Отчество (при наличии)² _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.4. Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "V")

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом³

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Дата рождения: _____

¹ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

² При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

³ Поле обязательное для заполнения.

(число, месяц, год)

1.7. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.9. Серия _____ 1.9. Номер _____

1.10. Дата выдачи _____

1.11. Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.12. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации¹:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

☐ _____ лицо без определённого места жительства²

1.13. Адрес места пребывания³ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации⁴:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.15. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на _____

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

² Отмечается знаком «V».

³ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

⁴ Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с _____ по _____
 (число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)

_____ при наличии)

1.17. Контактная информация:

1.17.1. Телефон (с кодом): _____ домашний _____ служебный _____

1.17.2. Адрес электронной почты _____.

2. Сведения о представителе застрахованного лица¹

2.1. Фамилия _____
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя _____
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) _____
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к застрахованному лицу, _____ мать ☐ отец ☐ иное ☐ (нужное отметить знаком "✓")
 сведения о котором указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____

2.8. Дата выдачи _____
 (число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код _____ домашний _____ служебный _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

 Подпись
 застрахованного лица/его
 представителя² _____ Расшифровка подписи

Дата: _____
 (число, месяц, год)

Заявление принял: _____
 (подпись представителя
 страховой медицинской
 организации (филиала) _____ (расшифровка подписи)

¹ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

² Нужно подчеркнуть

Выдано временное свидетельство № _____

Дата: _____
(число, месяц, год)

М.П.

Подпись застрахованного лица/ Расшифровка подписи»
его представителя ¹

¹ Нужно подчеркнуть.

В _____
(наименование территориального фонда
обязательного медицинского страхования)

ХОДАТАЙСТВО

(наименование ходатайствующей организации)

о регистрации в качестве застрахованного лица (об идентификации в качестве
застрахованного лица)

Прошу зарегистрировать (идентифицировать) (нужное подчеркнуть)
гражданина _____ в качестве лица, застрахованного по
(Ф.И.О. или предполагаемые Ф.И.О.¹)
обязательному медицинскому страхованию.

Сведения о застрахованном лице ¹⁵

1. Фамилия _____
2. Имя _____
3. Отчество (при наличии) _____
4. Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "V")
5. Дата рождения : _____
(число, месяц, год)
6. Место рождения : _____
7. Гражданство: _____
8. Адрес места пребывания:
 - а) почтовый индекс
 - б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)
 - в) район _____ г) город _____
 - д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)
 - е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____
 - ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

¹ Со слов гражданина или по другим основаниям

9. Контактная информация¹:

9.1. Телефон (с кодом): _____ служебный _____

9.2. Адрес электронной почты: _____.

(подпись представителя
ходатайствующей организации)_____
(расшифровка подписи)Дата: _____
(число, месяц, год)

М.П.

¹ Представляется информация о ходатайствующей организации

Приложение № 3
к Методическим указаниям ФОМС

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса ¹

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» нужное отметить знаком «V»):

	1) в форме бумажного бланка;
1) переоформленный полис обязательного медицинского страхования;	2) в форме пластиковой карты с электронным носителем;
2) дубликат полиса обязательного медицинского страхования	3) в составе универсальной электронной карты гражданина

В СВЯЗИ С (нужное отметить знаком "V"):

	1) изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты или места рождения, места жительства;
	2) установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;
	3) ветхостью и непригодностью полиса;
	4) утратой ранее выданного полиса;
	5) окончанием срока действия полиса ² .

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. ☐ Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой

¹ Исправления не допускаются.

² Для лиц, указанных в пунктах 32 и 33 Правил обязательного медицинского страхования.

☐ медицинской организации¹

1.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность²)

1.3. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Отчество (при наличии)³ _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.5. Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 4) работающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| <input type="checkbox"/> | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
| <input type="checkbox"/> | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
| <input type="checkbox"/> | 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом⁴

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6. Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком «V»)

¹ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 1.2.-1.18 не заполняются.

² Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.

³ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

⁴ Поле обязательное для заполнения.

1.7. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

1.8. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе,
удостоверяющем личность)

1.9. Вид документа, удостоверяющего личность _____

1.10. Серия _____ 1.10. Номер _____

1.11. Дата выдачи _____

1.12. Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.13. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации¹:
Федерации¹:

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

☐ _____ лицо без определённого места жительства²

1.14. Адрес места пребывания³ (указывается в случае пребывания
гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту
жительства):

а) почтовый индекс

б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира _____

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту
жительства в Российской Федерации⁴:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.16. Срок действия вида на жительство или другого документа,
подтверждающего право на проживание (временного проживания) на

¹ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

² Отмечается знаком «V».

³ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

⁴ Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.17. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____
(при наличии)

1.18. Контактная информация:

1.18.1. Телефон (с кодом): _____ домашний _____ служебный _____

1.18.2. Адрес электронной почты _____.

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных¹

2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)

2.4. Пол: муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком "V")

2.5. Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

2.6. Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью с записью в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного лица²

3.1. ☐ Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене) страховой медицинской организации³.

3.2. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.3. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.4. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.5. Отношение к _____
мать ☐ отец ☐ иное ☐ (нужное отметить знаком "V")

¹ Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

² Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

³ В случае совпадения отметить знаком «V». При выборе этого элемента пункты 3.2.-3.10. заявления не заполняются.

застрахованному лицу,
сведения о котором
указаны в заявлении:

3.6. Вид документа, удостоверяющего личность: _____

3.7. Серия _____ 3.8. Номер _____

3.9. Дата выдачи _____

3.10. Контактный телефон: код _____ домашний _____ служебный _____

4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

(подпись застрахованного
лица/его представителя)¹

(расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____
(подпись представителя
страховой медицинской
организации (филиала) _____
(расшифровка подписи)

Дата: _____
(число, месяц, год)

М.П.

Выдано временное свидетельство № _____

Подпись застрахованного лица/ _____
его представителя ² _____
Расшифровка подписи »

¹ Нужно подчеркнуть.

² Нужно подчеркнуть.

Приложение № 4
к Методическим указаниям ФОМС

УТВЕРЖДАЮ

Руководитель
страховой медицинской
организации (филиала)

(подпись, расшифровка подписи)

М. П.

" ____ " _____ 20__ г.

Акт № _____

списания и уничтожения полисов обязательного страхования и временных
свидетельств, признанных недействительными (или не востребованными) за
_____ 20__ г.

(наименование страховой медицинской организации)

Комиссия по списанию полисов обязательного медицинского
страхования и временных свидетельств в составе:

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность работника страховой медицинской организации (филиала))

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность работника территориального фонда обязательного
медицинского страхования)

составила настоящий акт о том, что в отчетном месяце _____ 20__ г.

	№ стр.	Бумажные полисы (штук)	Электронные полисы (штук)	Временные свидетельства (штук)
1	2	3	4	5
Признано недействительными (или невостребованными), всего	1			
Списано и уничтожено	2			

Члены комиссии:

1. _____
(подпись, расшифровка подписи)

2. _____
(подпись, расшифровка подписи)

3. _____
(подпись, расшифровка подписи)

Акт получил _____

(фамилия, имя, отчество (при наличии) и подпись представителя территориального фонда
обязательного медицинского страхования)

«__» _____ 20__ г.

«__» _____ 20__

Г.

М.П.
страховой медицинской организации (филиала)

М.П.
территориального фонда
обязательного медицинского
страхования

СОГЛАСОВАНО

Директор территориального
фонда обязательного
медицинского страхования

(подпись, расшифровка подписи)

М. П.

"__" _____ 20__ г.

Приложение № 5
к Методическим указаниям ФОМС

Директору _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(наименование территориального фонда ОМС)

от _____

(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя страховой медицинской организации (филиала))

УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Прошу включить _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))

в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования _____
(наименование субъекта Российской Федерации)

Сведения о страховой медицинской организации для включения в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Полное и краткое наименование страховой медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ	1	
Полное наименование филиала страховой медицинской организации (при наличии)	2	
Адрес (место) нахождения страховой медицинской организации	3	
Адрес (место) нахождения филиала страховой медицинской организации	4	
Код причины постановки на учет (КПП) страховой медицинской организации (филиала)	5	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	6	
Организационно-правовая форма страховой медицинской организации	7	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	8	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала, адрес электронной почты	9	
Сведения о лицензии (номер, дата выдачи, дата окончания действия)	10	
Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации	11	

Федерации на дату подачи уведомления		
--------------------------------------	--	--

Копия лицензии прилагается.

С условиями деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

(дата заявления)

Приложение № 6
к Методическим указаниям ФОМС

Директору _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

(наименование территориального фонда)
ОТ

(должность, фамилия, имя, отчество
руководителя страховой медицинской
организации (филиала))

УВЕДОМЛЕНИЕ

об исключении из реестра страховых медицинских организаций,
осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского
страхования _____
(наименование субъекта Российской Федерации)

Прошу исключить _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
из реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих
деятельность в сфере обязательного медицинского страхования _____
(наименование субъекта Российской Федерации)

с _____
(число, месяц, год)

по причине _____

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

(подпись)

М.П.

(расшифровка подписи)

(дата заявления)

Приложение № 7
к Методическим указаниям ФОМС

Директору _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (наименование территориального фонда ОМС)

ОТ _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя
медицинской организации,

_____ наименование медицинской организации

УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Прошу включить _____
(наименование медицинской организации)

в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере
обязательного медицинского страхования _____.
(наименование субъекта Российской Федерации)

Сведения о медицинской организации для включения в реестр
медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере
обязательного медицинского страхования.

Полное наименование медицинской организации	1	
Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой	1.1	
Краткое наименование медицинской организации	2	
Адрес (место) нахождения медицинской организации	3	
Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой	3.1	
Код причины постановки на учет (КПП)	4	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	5	

Организационно-правовая форма медицинской организации	6	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты	7	
Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой	7.1	
Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность	8	
Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования	9	

Копия разрешения на медицинскую деятельность прилагается.

С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель медицинской
организации

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

(число, месяц, год)

АКТ №____ от _____ 20____ г.

**сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении обязательного
медицинского страхования**

по состоянию на _____ 20__ года
(месяц)

(наименование территориального фонда
обязательного медицинского страхования)

(наименование страховой медицинской организации
(филиала))

(руб.)

№ п/п	Наименование показателя	По данным страховой медицинской организации (филиала)	По данным территориального фонда обязательного медицинского страхования
1.	Остаток целевых средств в страховой медицинской организации на начало месяца, в том числе:		х
2.	Объем поступивших (направленных) целевых средств всего, в том числе:		
2.1.	по дифференцированным подушевым нормативам		
2.2.	за счет остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды		
2.3.	из средств нормированного страхового запаса		
3.	Объем поступивших средств, предназначенных на расходы на ведение дела страховой медицинской организации		
4.	Средства, поступившие из медицинских организаций в результате применения к ним санкций за нарушения, выявленные при проведении контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи		х
5.	Средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью		х

	застрахованных лиц		
6.	Направлено средств на оплату медицинской помощи в соответствии с договорами на оказание и оплату медицинской помощи		x
7.	Сформировано собственных средств страховой медицинской организацией, в том числе:		x
7.1.	средства, предназначенные на расходы на ведение дела страховой медицинской организации;		
7.2.	средства, сформированные по результатам проведения медико-экономической экспертизы;		x
7.3.	средства, сформированные по результатам проведения экспертизы качества медицинской помощи;		x
7.4.	средства, сформированные по результатам уплаты медицинской организацией штрафов за неоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества;		x
7.5.	средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц, сверх сумм, затраченных на оплату медицинской помощи;		x
8.	Остаток целевых средств, возвращенный в территориальный фонд;		
9.	Остаток целевых средств в страховой медицинской организации на конец отчетного периода		x

Директор территориального фонда
обязательного медицинского страхования

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Директор страховой медицинской
организации (филиала)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

В _____
(наименование страховой медицинской
организации (филиала))

ЗАЯВКА НА АВАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ № _____

на _____
(месяц, год)от _____
(наименование медицинской организации)в объеме _____
(сумма прописью)Руководитель
медицинской организации _____
(подпись) (расшифровка подписи)Главный бухгалтер медицинской
организации _____
(подпись) (расшифровка подписи)М.П.
Дата составления заявки: «___» _____ 20__ г.Исполнитель _____
(подпись) (расшифровка подписи) (телефон)

Дата принятия заявки: «___» _____ 20__ г.

Приложение № 10

к Методическим указаниям ФОМС
от _____ № _____

Директору _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (наименование территориального фонда ОМС)

от _____
(должность, наименование страховой медицинской организации (филиала), фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя страховой медицинской организации (филиала))

ЗАЯВКА
на получение целевых средств
на оплату счетов за оказанную медицинскую помощь
за _____ 20__ года
(месяц)

В соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от _____ № ____ прошу предоставить средства на финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования за _____ 20__ года.
(месяц)

Сведения о страховой медицинской организации

Наименование показателя	№ строки	значение показателя
Численность застрахованных лиц, человек	01	
Размер финансового обеспечения, утвержденный территориальным фондом по дифференцированным подушевым нормативам, руб.	02	
Размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в территориальный фонд в предыдущие периоды (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам), руб.	03	
Сумма средств, полученная по заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, за отчетный месяц, руб.	04	

ИТОГО, объем средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, руб. (стр.02+стр.03-стр.04)	05	
--	----	--

Директор страховой медицинской
организации (филиала)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

дата

Приложение № 11
к Методическим указаниям ФОМС
от № _____

Директору _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

_____ (наименование территориального фонда ОМС)

от _____
(должность, наименование страховой медицинской организации (филиала), фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя страховой медицинской организации (филиала))

ЗАЯВКА
на получение целевых средств
на авансирование оплаты медицинской помощи
на _____ 20__ года
(месяц)

В соответствии с договором о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования от _____ № _____ прошу предоставить средства на авансирование оплаты медицинской помощи на _____ 20__ г.
(месяц)

Сведения о страховой медицинской организации

Наименование показателя	№ строки	значение показателя
Среднемесячный объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи, руб.	01	
Процент от среднемесячного объема средств, направляемых на оплату медицинской помощи	02	
Объем средств, необходимый для направления в медицинские организации в соответствии с заявками медицинских организаций на авансирование оплаты медицинской помощи, руб.	03	

Директор страховой медицинской организации (филиала)

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

_____ (подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М.П. д

Приложение № 12
к Методическим указаниям ФОМС

РЕЕСТР СЧЕТОВ

(наименование медицинской организации, ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))

№ позиции и реестра	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Пол	Дата рождения	Место рождения	Данные документа, удостоверяющего личность	Место жительства	Место регистрации	СНИЛС (при наличии)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид оказанной медицинской помощи (код)	Диагноз в соответствии с МКБ-10	Дата начала и дата окончания лечения	Объемы оказанной медицинской помощи	Профиль оказанной медицинской помощи (код)	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код)	Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу	Стоимость оказанной медицинской помощи	Результат обращения за медицинской помощью (код)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Главный бухгалтер _____

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель _____

(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____

Приложение № 13
к Методическим указаниям ФОМС

АКТ № _____ от _____ 20__ г.
сверки расчетов по договору на оказание и оплату медицинской помощи по
обязательному медицинскому страхованию
по состоянию на _____ 20__ года
(месяц)

(наименование медицинской организации)

(наименование страховой медицинской организации
(филиала)

(руб.)

№ п/п	Наименование показателя	По данным медицинской организации	По данным страховой медицинской организации (филиала)
1.	Сумма задолженности по оплате медицинской помощи на начало отчетного месяца		
2.	Общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам на _____ месяц		
3.	Сумма средств, удержанных по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в том числе:		
3.1	по результатам медико-экономического контроля		
3.2	по результатам медико-экономической экспертизы		
3.3	по результатам экспертизы качества медицинской помощи		
4.	Перечисленная сумма средств		
5.	Сумма задолженности по оплате медицинской помощи на конец отчетного месяца		

Руководитель медицинской организации _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер медицинской организации _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Директор страховой медицинской
организации (филиала) _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер страховой
медицинской организации (филиала) _____

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Приложение № 14
к Методическим указаниям ФОМС

РЕЕСТР СЧЕТА № _____ от _____

(наименование медицинской организации и код ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____

на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования

№ позиции реестра	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Пол	Дата рождения	Место рождения	Данные документа, удостоверяющего личность	СНИЛС (при наличии)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид оказанной медицинской помощи (код)	Диагноз в соответствии с МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Объемы оказанной медицинской помощи	Профиль оказанной медицинской помощи (код)	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код)	Тариф на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованному лицу	Стоимость оказанной медицинской помощи	Результат обращения за медицинской помощью (код)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Руководитель медицинской
организации _____
(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____
(подпись, расшифровка подписи)

М.П.
Исполнитель _____
(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____

РЕЕСТР СЧЕТОВ № _____ от _____
на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях_____
(наименование субъекта Российской Федерации)

лицам, получившим полис обязательного медицинского страхования на территории

(наименование субъекта Российской Федерации)

за период с _____ по _____

Вид информации: 0 - основная, 1 - исправленная (нужное указать)

№ позиции и счета	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Пол	Дата рождения	Место рождения	Данные документа, удостоверяющего личность	№ полиса обязательного медицинского страхования	Вид оказанной медицинской помощи (код)	Диагноз в соответствии с МКБ-10	Дата начала лечения	Дата окончания лечения	Объемы оказанной медицинской помощи	Профиль оказанной медицинской помощи (код)	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код)	Тариф на оплату медицинской помощи	Стоимость оказанной медицинской помощи	Результат обращения за медицинской помощью (код)	Результат проведенного контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи (принято к оплате либо отклонено от оплаты)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Руководитель территориального
фонда ОМС _____

(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель _____

(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____

Приложение № 16
к Методическим указаниям ФОМС

УТВЕРЖДАЮ
Директор

(наименование территориального
фонда обязательного медицинского страхования по месту
выдачи полиса ОМС)

(подпись, расшифровка подписи)

« _____ » 20 _____ года

АКТ № _____ « _____ » 20 _____ г.

о причинах, требующих дополнительного рассмотрения
по счету № _____ от _____, полученному

от _____
(наименование территориального фонда по месту оказания медицинской помощи)

Мы, нижеподписавшиеся,

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя подразделения территориального фонда
обязательного медицинского страхования по месту выдачи полиса ОМС)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста подразделения территориального фонда
обязательного медицинского страхования по месту выдачи полиса ОМС)

**на основании проведенного медико-экономического контроля реестра счета,
представленного**

(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по
месту оказания медицинской помощи)

**составили настоящий Акт о том, что дополнительного рассмотрения требуют
следующие позиции реестра:**

№ позиции счета	Номер полиса обязательного медицинского страхования	Сумма по счету (руб.)	Сумма, не принятая к оплате (руб.)	Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код)
1	2	3	4	5
	Итого:			

Руководитель подразделения
территориального фонда _____
(подпись, расшифровка подписи)

Специалист подразделения
территориального фонда _____
(подпись, расшифровка подписи)

УТВЕРЖДАЮ

Директор

(наименование территориального
фонда обязательного медицинского страхования по месту
оказания медицинской помощи)

(фамилия, имя, отчество (при наличии))
« _____ » 20 ____ года

АКТ № _____ от _____

о причинах, не принятых к возмещению по выставленному счету

(наименование территориального фонда по месту выдачи полиса ОМС)

по счету № _____ от _____
« _____ » _____ 20 ____ г. № _____

Мы, нижеподписавшиеся,

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя подразделения территориального фонда
обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи)

_____,
(фамилия, имя, отчество (при наличии) специалиста подразделения территориального фонда обязательного
медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи)

**на основании актов о причинах, требующих дополнительного рассмотрения,
полученных от**

_____,
(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту страхования)

**составили настоящий Акт о том, что сумма, не принятая к возмещению,
составляет:**

№ позиции счета	Номер полиса обязательного медицинского страхования	Сумма по счету (руб.)	Сумма не принятая к оплате (руб.)	Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код)
1	2	3	4	5
	Итого:			

Руководитель подразделения
территориального фонда _____
(подпись, расшифровка подписи)

Специалист подразделения
территориального фонда _____
(подпись, расшифровка подписи)

АКТ

сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования,

по состоянию на _____

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи								Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования							
сальдо на начало отчетного периода		но- мер сче- та, дата	суммы счетов, предъяв- ленных к возме- щению (руб.)	Сумм- мы счетов возме- щен- ных (руб.)	суммы счетов, отка- зан- ных в возме- щении (руб.)	сальдо на конец отчетного периода		сальдо на начало отчетного периода		но- мер сче- та, дата	суммы счетов, предъяв- ленных к возмеще- нию (руб.)	суммы счетов возме- щенных (руб.)	суммы счетов, отка- занных в возме- щении (руб.)	сальдо на конец отчетного периода	
№ и дата счета	сум- ма (руб.)					№ и дата сче- та	сум- ма (руб.)	№ и дата счета	сум- ма (руб.)					№ и дата счета	сумма (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Итого:															

Директор территориального фонда
по месту оказания медицинской помощи

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

М.П.

(расшифровка подписи)

Директор территориального фонда
по месту выдачи полиса ОМС

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

РЕЕСТР СЧЕТОВ

(наименование медицинской организации, ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ, местонахождение)
за период с _____ по _____
на оплату медицинской помощи застрахованным лицам, получившим полис обязательного медицинского страхования
в _____
(субъект Российской Федерации)

№ позиции и счета	Фамилия, имя, отчество (при наличии)	Пол	Дата рождения	Место рождения	Данные документа, удостоверяющего личность	СНИЛС (при наличии)	№ полиса обязательного медицинского страхования	Наименование страховой медицинской организации	Дата регистрации в качестве застрахованного лица	Вид оказанной медицинской помощи (код)	Диагноз в соответствии с МКБ-10	Дата начала лечения	Дата оказания лечения	Объемы оказанной медицинской помощи	Профиль оказанной медицинской помощи (код)	Специальность медицинского работника, оказавшего медицинскую помощь (код)	Тариф на оплату медицинской помощи	Стоимость оказанной медицинской помощи	Результат обращения за медицинской помощью (код)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Руководитель медицинской организации _____
(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер _____
(подпись расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель _____

Дата _____

АКТ

сверки счетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования								Медицинская организация							
сальдо на начало года		номер счета, дата	сумма счета, предъявлено (руб.)	оплачено (руб.)	отказано (руб.)	сальдо на конец года		сальдо на начало года		номер счета, дата	сумма счета, предъявлено (руб.)	оплачено (руб.)	отказано (руб.)	сальдо на конец года	
№ и дата счета	сумма (руб.)					№ и дата счета	сумма (руб.)	№ и дата счета	сумма (руб.)					№ и дата счета	сумма (руб.)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Итого :															

Директор территориального фонда
обязательного медицинского страхования

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

Руководитель медицинской
организации

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.