Приложение N 1

к Методическим указаниям ФОМС

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. письма ФФОМС от 19.01.2017 N 454/30-3/и) |

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховой медицинской

 организации (филиала),

 иной организации)

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество

 (при наличии))

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о выборе (замене) страховой медицинской организации [<1>](#P464)

 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"):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) выбором страховой медицинской организации; |
|  | 2) заменой страховой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; |
|  | 3) заменой страховой медицинской организации в связи со сменой места жительства; |
|  | 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"):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) в форме бумажного бланка; |
|  | 2) в форме пластиковой карты с электронным носителем; |
|  | 3) в составе универсальной электронной карты гражданина |
|  | 4) отказ от получения полиса |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Номер полиса [<2>](#P465): |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Отсутствует [<3>](#P466) |  |

 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 личность [<4>](#P467))

 1.2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии с записью в документе,

 удостоверяющем личность)

 1.3. Отчество (при наличии) [<5>](#P468) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (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"):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) работающий гражданин Российской Федерации; |
|  | 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
|  | 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
|  | 4) работающее лицо без гражданства; |
|  | 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах"; |
|  | 6) неработающий гражданин Российской Федерации; |
|  | 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
|  | 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; |
|  | 9) неработающее лицо без гражданства; |
|  | 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах". |
|  | 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее - договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств - членов ЕАЭС; |
|  | 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее - Комиссия); |
|  | 13) должностное лицо Комиссии; |
|  | 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации. |

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи

высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом

от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в

Российской Федерации" и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в

организации оказания медицинской помощи лицом [<6>](#P469)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (подпись застрахованного лица или его представителя)

 1.6. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

 1.7. Место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии с записью

 в документе, удостоверяющем личность)

 1.8. Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного

гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или

признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации

в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 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 Федерации [<7>](#P470):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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) N дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_\_

 к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
|  | лицо без определенного места жительства [<8>](#P471) |

 1.13. Адрес места пребывания [<9>](#P472) (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) N дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_\_

 1.14. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту

жительства в Российской Федерации [<10>](#P473):

 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 территории

Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год) (число, месяц, год)

 1.16. Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся

государства - члена ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия

 1.17. Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории

членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС,

находящихся на территории Российской Федерации

 1.18. Категория застрахованного лица в соответствии с положениями

договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств

- членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование

 1.19. Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания

 1.20. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.21. Контактная информация:

 1.21.1. Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 1.21.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 2. Сведения о представителе застрахованного лица [<11>](#P474)

 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, сведения о котором указаны в заявлении: | мать |  | отец |  | иное |  | (нужное отметить знаком "V") |

 2.5. Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного

гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или

признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации

в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.6. Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2.7. Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

 2.9. Контактный телефон: код \_\_\_ домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2.10. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения

срока действия.

 2.11. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации

иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со

сроком действия до конца календарного года.

 2.12. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в

соответствии с Федеральным законом "О беженцах", выдается бумажный полис со

сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания,

установленного в документах, указанных в подпункте 3 пункта 9 Правил.

 2.13. Временно проживающим на территории Российской Федерации

иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со

сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия

разрешения на временное проживание.

 2.14. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств

- членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца

календарного года, но не более срока действия трудового договора,

заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.

 2.15. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным

гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных

лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия

до конца календарного года, но не более срока исполнения ими

соответствующих полномочий.

 3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись Расшифровка подписи

застрахованного лица/его

представителя [<12>](#P475)

 Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

 Заявление принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись представителя (расшифровка подписи)

 страховой медицинской

 организации (филиала))

 Выдано временное свидетельство N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

 (число, месяц, год)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись застрахованного лица/ Расшифровка подписи

 его представителя [<13>](#P476)

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

<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.

<4> Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

<5> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<6> Поле обязательное для заполнения.

<7> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<8> Отмечается знаком "V".

<9> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.

<10> Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

<11> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<12> Нужное подчеркнуть.

<13> Нужное подчеркнуть.

Приложение N 2

к Методическим указаниям ФОМС

 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>](#P539))

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) N дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

 9. Контактная информация [<2>](#P540):

 9.1. Телефон (с кодом): служебный \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 9.2. Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись представителя (расшифровка подписи)

 ходатайствующей организации)

 Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

 (число, месяц, год)

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

<1> Со слов гражданина или по другим основаниям.

<2> Представляется информация о ходатайствующей организации.

Приложение N 3

к Методическим указаниям ФОМС

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховой медицинской

 организации (филиала))

 от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество (при наличии)

 заявителя)

КонсультантПлюс: примечание.

Представленная форма заявления не содержит отдельных сведений, указанных в

Приказе Минздрава России от 28.02.2019 N 108н.

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса [<1>](#P774)

 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) переоформленный полис │ │ 1) в форме бумажного

│ │ обязательного медицинского │ │ бланка;

│ │ страхования; │ │

├───┤ ├───┤

│ │ 2) дубликат полиса обязательного │ │ 2) в форме пластиковой карты

│ │ медицинского страхования │ │ с электронным носителем;

├───┤ ├───┤

│ │ │ │ 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>](#P775).

└───┘

 1. Сведения о застрахованном лице

 ┌───┐

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

 │ │ страховой медицинской организации [<3>](#P776)

 └───┘

 1.2. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии с записью в документе,

 удостоверяющем личность [<4>](#P777))

 1.3. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии с записью в документе,

 удостоверяющем личность)

 1.4. Отчество (при наличии) [<5>](#P778) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии

 с записью в документе, удостоверяющем

 личность)

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

┌───┐

│ │ 1) работающий гражданин Российской Федерации;

│ │

├───┤

│ │ 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации

│ │ иностранный гражданин;

├───┤

│ │ 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации

│ │ иностранный гражданин;

├───┤

│ │ 4) работающее лицо без гражданства;

│ │

├───┤

│ │ 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь

│ │ в соответствии с Федеральным законом "О беженцах";

├───┤

│ │ 6) неработающий гражданин Российской Федерации;

│ │

├───┤

│ │ 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации

│ │ иностранный гражданин;

├───┤

│ │ 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации

│ │ иностранный гражданин;

├───┤

│ │ 9) неработающее лицо без гражданства;

│ │

├───┤

│ │ 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 N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в

Российской Федерации" и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в

организации оказания медицинской помощи лицом [<6>](#P779)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (подпись застрахованного лица или его представителя)

 ┌─┐ ┌─┐

 1.6. Пол: муж. │ │ жен. │ │ (нужное отметить знаком "V")

 └─┘ └─┘

 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 Федерации

[<7>](#P780):

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 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) N дома (владения) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

 к) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

┌───┐

│ │ лицо без определенного места жительства [<8>](#P781)

└───┘

 1.14. Адрес места пребывания [<9>](#P782) (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) N дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_

 1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту

жительства в Российской Федерации [<10>](#P783):

 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 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 данных [<11>](#P784)

 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

 в полисе)

 3. Сведения о представителе застрахованного лица [<12>](#P785)

 ┌───┐

 3.1. │ │ Совпадают со сведениями в заявлении о выборе (замене)

 │ │ страховой медицинской организации [<13>](#P786).

 └───┘

 3.2. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии с записью в документе,

 удостоверяющем личность)

 3.3. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии с запись в документе,

 удостоверяющем личность)

 3.4. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (указывается в точном соответствии

 с записью в документе, удостоверяющем

 личность)

 3.5. Отношение к ┌─┐ ┌─┐ ┌─┐

 застрахованному лицу, мать │ │ отец │ │ иное │ │ (нужное отметить

 сведения о котором └─┘ └─┘ └─┘ знаком "V")

 указаны в заявлении:

 3.6. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3.7. Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 3.8. Номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 3.9. Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

 3.10. Контактный телефон: код \_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_\_\_

 4. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись застрахованного (расшифровка подписи)

 лица/его представителя) [<14>](#P787)

 Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)

 Заявление принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись представителя (расшифровка подписи)

 страховой медицинской

 организации (филиала))

Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.

 (число, месяц, год)

Выдано временное свидетельство N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись застрахованного лица/ Расшифровка подписи

 его представителя [<15>](#P788)

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

<1> Исправления не допускаются.

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

<3> В случае совпадения отметить знаком "V". При выборе этого элемента [пункты 1.2](#P598) - [1.18](#P702) не заполняются.

<4> Для ребенка в возрасте до 14 лет - свидетельство о рождении.

<5> При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.

<6> Поле обязательное для заполнения.

<7> Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.

<8> Отмечается знаком "V".

<9> Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного

<10> Для лиц, указанных в частях 3, 5, 6 и 7 пункта 9 Правил обязательного медицинского страхования.

<11> Указываются в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе.

<12> Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

<13> В случае совпадения отметить знаком "V". При выборе этого элемента [пункты 3.2](#P731) - [3.10](#P749) заявления не заполняются.

<14> Нужное подчеркнуть.

<15> Нужное подчеркнуть.

Приложение N 4

к Методическим указаниям ФОМС

 УТВЕРЖДАЮ

 Руководитель

 страховой медицинской

 организации (филиала)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка подписи)

 М.П.

 "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 Акт N \_\_\_\_\_

 списания и уничтожения полисов обязательного страхования

 и временных свидетельств, признанных недействительными

 (или невостребованными)

 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.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | N 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. М.П.

 страховой медицинской организации территориального фонда

 (филиала) обязательного медицинского

 страхования

СОГЛАСОВАНО

Директор территориального

фонда обязательного

медицинского страхования

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка подписи)

 М.П.

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Приложение N 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 на дату подачи уведомления | 11 |  |

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 N 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование субъекта Российской Федерации) (число, месяц, год)

по причине \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата заявления)

Приложение N 7

к Методическим указаниям ФОМС

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов(в ред. письма ФФОМС от 23.09.2016 N 8998/30-2/и) |

 Директору

 (фамилия, имя, отчество)

 (наименование территориального фонда ОМС)

 от

 (должность, 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 |  |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 10 | [Приложение](#P1113) к строке 10 Уведомления |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 11 | [Приложение](#P1210) к строке 11 Уведомления |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным и данным бухгалтерского учета медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-статистических групп/клинико-профильных групп по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 12 | [Приложение](#P1269) к строке 12 Уведомления |
| Численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 13 | [Приложение](#P1469) к строке 13 Уведомления |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению | 14 | [Приложение](#P1519) к строке 14 Уведомления |

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)

Приложение

к [строке 10](#P1076) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

 Мощность и профиль коек дневного стационара

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1143) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Число коек, фактически развернутых |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 10 |  |
| в том числе: | 10.1 |  |
|  | 10.2 |  |
|  | 10.3 |  |
|  | 10.4 |  |

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

 <\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 10](#P1076) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

 Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе

 профилей (круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1192) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Число коек, фактически развернутых |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 10 |  |
| в том числе: | 10.1 |  |
|  | 10.2 |  |
|  | 10.3 |  |
|  | 10.4 |  |

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

 <\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 11](#P1079) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

 Мощность медицинской организации (структурных

 подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь,

 в разрезе профилей и врачей-специалистов

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1251) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | N стр. | Количество посещений врачей, включая профилактические |
| 1 | 2 | 3 |
| Наименование структурного подразделения | 11.1 |  |
| Наименование профиля | 11.2 |  |
|  | 11.2.1 |  |
|  | 11.2.2 |  |
| Наименование специальности врача | 11.3 |  |
|  | 11.3.1 |  |
|  | 11.3.2 |  |
|  | 11.3.3 |  |

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

 <\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 12](#P1082) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

 Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год

 (первичная медико-санитарная помощь)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1339) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | N стр. | Количество посещений с профилактическими и иными целями | Количество обращений по поводу заболевания | Количество посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме | Финансирование, тыс. руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Наименование структурного подразделения | 12.1 |  |  |  |  |
| Наименование профиля | 12.2 |  |  |  |  |
|  | 12.2.1 |  |  |  |  |
|  | 12.2.2 |  |  |  |  |
| Наименование специальности врача | 12.3 |  |  |  |  |
|  | 12.3.1 |  |  |  |  |
|  | 12.3.2 |  |  |  |  |
|  | 12.3.3 |  |  |  |  |

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

 <\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 12](#P1082) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

 Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год

 (дневной стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1395) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Количество случаев лечения | Финансирование, тыс. руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего | 12 |  |  |
| в том числе: | 12.1 |  |  |
|  | 12.2 |  |  |
|  | 12.3 |  |  |
|  | 12.4 |  |  |

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

 <\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 12](#P1082) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

 Фактически выполненные объемы медицинской помощи за предыдущий год

 (круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1451) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Количество случаев госпитализации | Финансирование, тыс. руб. |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Всего | 12 |  |  |
| в том числе: | 12.1 |  |  |
|  | 12.2 |  |  |
|  | 12.3 |  |  |
|  | 12.4 |  |  |

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

 <\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 13](#P1085) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

 Численность прикрепившихся застрахованных лиц,

 выбравших медицинскую организацию для оказания первичной

 медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1501) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Мужчины/Женщины | Мужчины | Женщины |
| 0 - 4 | 5 - 17 | 18 - 59 | с 60 лет и старше | 18 - 54 | с 55 лет и старше |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

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

 <\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 14](#P1088) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

 Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи

 на плановый год (первичная медико-санитарная помощь)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1574) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Наименование | N стр. | Количество посещений с профилактическими и иными целями | Количество обращений по поводу заболевания | Количество посещений при оказании медицинской помощи в неотложной форме |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Наименование структурного подразделения | 14.1 |  |  |  |
| Наименование профиля | 14.2 |  |  |  |
|  | 14.2.1 |  |  |  |
|  | 14.2.2 |  |  |  |
| Наименование специальности врача | 14.3 |  |  |  |
|  | 14.3.1 |  |  |  |
|  | 14.3.2 |  |  |  |

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

 <\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 14](#P1088) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

 Предложения о планируемых к выполнению объемах

 медицинской помощи на плановый год (дневной стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1623) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Количество случаев лечения, планируемых к выполнению |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 14 |  |
| в том числе: | 14.1 |  |
|  | 14.2 |  |
|  | 14.3 |  |
|  | 14.4 |  |

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

 <\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение

к [строке 14](#P1088) Уведомления об осуществлении

деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

 Предложения о планируемых к выполнению объемах

 медицинской помощи на плановый год (круглосуточный стационар)

Сопроводительное письмо к уведомлению N \_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (номер по реестру) [<\*>](#P1672) (наименование медицинской организации)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Профиль коек | N строки | Количество случаев госпитализации, планируемых к выполнению |
| 1 | 2 | 3 |
| Всего | 14 |  |
| в том числе: | 14.1 |  |
|  | 14.2 |  |
|  | 14.3 |  |
|  | 14.4 |  |

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

 <\*> За исключением медицинских организаций, ранее не осуществляющих

деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

Руководитель медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. тел. (\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение N 8

к Методическим указаниям ФОМС

 АКТ N \_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 сверки расчетов по договору о финансовом обеспечении

 обязательного медицинского страхования

 по состоянию на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ года

 (месяц)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального фонда (наименование страховой медицинской

 обязательного медицинского организации (филиала))

 страхования)

 (руб.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N 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: |  | x |
| 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 |  | x |
| 5. | Средства, поступившие от юридических или физических лиц, причинивших вред здоровью застрахованных лиц |  | x |
| 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.

Приложение N 9

к Методическим указаниям ФОМС

 В \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование страховой медицинской

 организации (филиала))

 ЗАЯВКА НА АВАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ N \_\_\_\_

 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 N 10

к Методическим указаниям ФОМС

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_

 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 \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_ прошу предоставить средства на

финансовое обеспечение обязательного медицинского страхования за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (месяц)

20\_\_ года.

 Сведения о страховой медицинской организации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование показателя | N 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](#P1868) + [стр. 03](#P1871) - [стр. 04](#P1874)) | 05 |  |

Директор страховой медицинской

организации (филиала) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

 М.П. дата

Приложение N 11

к Методическим указаниям ФОМС

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_

 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 \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_ прошу предоставить средства на

авансирование оплаты медицинской помощи на \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 (месяц)

 Сведения о страховой медицинской организации

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование показателя | N строки | Значение показателя |
| Среднемесячный объем 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.

Приложение N 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))

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N позиции реестра | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | Пол | Дата рождения | Место рождения | Данные документа, удостоверяющего личность | Место жительства | Место регистрации | СНИЛС (при наличии) | N 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 N 13

к Методическим указаниям ФОМС

 АКТ N \_\_\_\_ 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.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N 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 N 14

к Методическим указаниям ФОМС

 РЕЕСТР СЧЕТА N \_\_\_\_\_\_ 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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N позиции реестра | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | Пол | Дата рождения | Место рождения | Данные документа, удостоверяющего личность | СНИЛС (при наличии) | N 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 Главный

 организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка (подпись, расшифровка

 подписи) подписи)

 М.П.

 Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка подписи)

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение N 15

к Методическим указаниям ФОМС

 РЕЕСТР СЧЕТОВ N \_\_\_\_\_\_ 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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N позиции счета | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | Пол | Дата рождения | Место рождения | Данные документа, удостоверяющего личность | N 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 Главный

 фонда ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка (подпись, расшифровка

 подписи) подписи)

 М.П.

 Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка подписи)

 Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение N 16

к Методическим указаниям ФОМС

 УТВЕРЖДАЮ

 Директор

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального

 фонда обязательного медицинского

 страхования по месту выдачи

 полиса ОМС)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, расшифровка подписи)

 "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" 20\_\_ года

 АКТ N \_\_\_\_\_\_ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

 о причинах, требующих дополнительного рассмотрения

 по счету N \_\_\_\_ 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 выдачи

 получения 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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N 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)

Приложение N 17

к Методическим указаниям ФОМС

 УТВЕРЖДАЮ

 Директор

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального

 фонда обязательного медицинского

 страхования по месту оказания

 медицинской помощи)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (фамилия, имя, отчество

 (при наличии))

 "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_" 20\_\_ года

 АКТ N \_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 о причинах, не принятых к возмещению по выставленному счету

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование территориального фонда по месту выдачи

 полиса ОМС)

 по счету N \_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. N \_\_\_\_\_\_

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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N 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)

Приложение N 18

к Методическим указаниям ФОМС

 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 | номер счета, дата | суммы счетов, предъявленных к возмещению (руб.) | суммы счетов возмещенных (руб.) | суммы счетов, отказанных в возмещении (руб.) | сальдо на конец отчетного периода | сальдо на начало отчетного периода | номер счета, дата | суммы счетов, предъявленных к возмещению (руб.) | суммы счетов возмещенных (руб.) | суммы счетов, отказанных в возмещении (руб.) | сальдо на конец отчетного периода |
| N и дата счета | сумма (руб.) | N и дата счета | сумма (руб.) | N и дата счета | сумма (руб.) | N 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) (расшифровка подписи)

 М.П.

 Директор территориального фонда

 по месту выдачи полиса ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

 Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

 М.П.

Приложение N 19

к Методическим указаниям ФОМС

 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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N позиции счета | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | Пол | Дата рождения | Место рождения | Данные документа, удостоверяющего личность | СНИЛС (при наличии) | N 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 оказан- ной 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 Главный

 организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись, (подпись,

 расшифровка подписи) расшифровка подписи)

 М.П.

 Исполнитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение N 20

к Методическим указаниям ФОМС

 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 | но- мер 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 |
| N и дата счета | сумма (руб.) | N и дата счета | сумма (руб.) | N и дата счета | сумма (руб.) | N 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.