Приложение N 1

к Методическим указаниям ФОМС

|  |
| --- |
| Список изменяющих документов  (в ред. [письма](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF8183A6E7C8491B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08D8D02D98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI) 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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF91C3A6F768491B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI) "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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF91A3B6C718191B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI) "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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF91A3B6C718191B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI) "О беженцах". |
|  | 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с [договором](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF810386A708591B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI) 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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF91C3A6F7D8391B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI)

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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF810386A708591B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI) 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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF91A3B6C718191B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI) "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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B9F4DCC953DFD8329A1CAE5F336826qFZ0I) 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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B9F4DCC953DFD8329A1CAE5F336826qFZ0I), [5](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08D8B05D98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI), [6](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08D8B01D98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI) и [7 пункта 9](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08D8A06D98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI) 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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF91C3B69748E91B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08F8503D98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI) 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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF91C3A6F768491B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI) "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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF91A3B6C718191B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI) "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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF91A3B6C718191B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI) "О беженцах"

└───┘

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи

высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF91C3A6F7D8391B2CDC4B91197E23188E8E084FAB2A9938D00CCDA3B86q1ZCI)

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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08C8A0FD98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI) и [33](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08C8506D98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI) 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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B9F4DCC953DFD8329A1CAE5F336826qFZ0I), [5](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08D8B05D98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI), [6](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08D8B01D98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI) и [7 пункта 9](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF818396D7D8191B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08D8A06D98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI) 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](consultantplus://offline/ref=5DA524E95FECF2B755CDC43829BE8D5AF8193C69708391B2CDC4B91197E23188FAE0DCF6B2A08D8D02D98C6AC049A541387624F6A823D7B6q2ZBI) 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.