

Приложение № 2

к Порядку расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, и в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», в амбулаторных условиях прикрепившимся лицам на 2017 год

Директору МГФОМС

_____ (фамилия, имя, отчество)

от _____

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

ЗАЯВКА

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

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

Сведения о страховой медицинской организации

Наименование показателя	№ строки	Значение показателя
Среднемесячный 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	

В том числе:

Расчетный объем подушевого финансирования для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и (или) первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», имеющих прикрепившихся лиц, на

_____ 20____ года
(месяц)

Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь	Моложе трудоспособного возраста		Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	до 12 месяцев	1 год - 17 лет	18-59 лет, муж.	18-54 года, жен.	60 лет и старше, муж.	55 лет и старше, жен.
Численность прикрепившихся лиц, чел.						
Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц, руб.						
Расчетный объем подушевого финансирования, руб.						

Для медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология»	Моложе трудоспособного возраста		Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	0-4 года	5-17 лет	18-59 лет, муж.	18-54 года, жен.	60 лет и старше, муж	55 лет и старше, жен
Численность прикрепившихся лиц, чел.						
Подушевой норматив финансирования на прикрепившихся лиц по профилю «стоматология», руб.						
Расчетный объем подушевого финансирования по профилю «стоматология», руб.						

Руководитель страховой медицинской организации

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

_____ (расшифровка подписи)

М.П.

« ____ » _____ 20 ____ г.

Приложение к Заявке
на получение целевых средств
на авансирование оплаты медицинской
помощи на _____ 20__ __ года

Расчетный объем подушевого финансирования ГБУ г. Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А.С. Пучкова» ДЗМ на лиц, застрахованных _____
(наименование СМО)

на _____ 20__ __ года
(месяц)

Численность застрахованного населения на 01 _____ 20__ __ г., чел (месяц)	
Подушевой норматив финансирования на получение скорой медицинской помощи по ОМС на одно застрахованное лицо, руб./чел.	
Расчетный объем подушевого финансирования, руб.	
Сумма на авансирование медицинской помощи на _____ 20__ __ г. (месяц) от расчетного объема подушевого финансирования, руб. (учтена в том числе в объеме средств по строке 03 Заявки)	

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

« ____ » _____ 20__ __ г.

Приложение № 3

к Порядку расчета и перечисления финансовых средств для подушевого финансирования в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, и в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», в амбулаторных условиях прикрепившимся лицам на 2017 год

Директору МГФОМС

_____ (фамилия, имя, отчество)

ОТ _____

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

ЗАЯВКА

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

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

Сведения о страховой медицинской организации

Наименование показателя	№ строки	Значение показателя
Численность застрахованных лиц, человек	01	
Размер финансового обеспечения, утвержденный МГФОМС по дифференцированным подушевым нормативам, руб.	02	

Размер средств для оплаты медицинской помощи в пределах остатка целевых средств, возвращенных в МГФОМС в предыдущие периоды (заполняется в случае недостатка средств, поступивших по дифференцированным подушевым нормативам), руб.	03	
Сумма средств, полученная по заявке на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи, за отчетный месяц, руб.	04	
ИТОГО, объем средств, необходимый для оплаты медицинской помощи за отчетный месяц, руб. (стр.02+стр.03-стр.04)	05	

Руководитель страховой медицинской
организации (филиала)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.

«___» _____ 20 ___ г.