

Приложение 1

К Порядку расчета и перечисления финансовых средств для
 подушевого финансирования в медицинские организации,
 оказывающие первичную медико-санитарную помощь в
 амбулаторных условиях прикрепленному населению на 2016 год

В _____
 (наименование страховой медицинской организации)

ЗАЯВКА НА АВАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ №
 на _____ 20__ года
 (месяц, год)

от Медицинской организации _____
 (наименование медицинской организации)

	Моложе трудоспособного возраста	
	до 12 месяцев	1 год - 17 лет
Численность прикрепленного населения, чел.		
Подушевой норматив финансирования на прикрепленное население, руб.		
Расчетный объем подушевого финансирования, руб.		

	Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	муж.	жен.	муж.	жен.
Численность прикрепленного населения, чел.				
Подушевой норматив финансирования на прикрепленное население, руб.				
Расчетный объем подушевого финансирования, руб.				

Сумма аванса _____

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 1.1

К Порядку расчета и перечисления финансовых средств для
 подушевого финансирования в медицинские организации,
 оказывающие первичную медико-санитарную помощь в
 амбулаторных условиях прикрепленному населению на 2016 год

В _____
 (наименование страховой медицинской организации)

ЗАЯВКА НА АВАНСИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ №
 на _____ 20__ года
 (месяц, год)
 от Стационарной медицинской организации с ПО

_____ (наименование медицинской организации)

В объеме _____,
 в том числе:

	Моложе трудоспособного возраста	
	до 12 месяцев	1 год - 17 лет
Численность прикрепленного населения, чел.		
Подушевой норматив финансирования на прикрепленное население, руб.		
Расчетный объем подушевого финансирования, руб.		

	Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	муж.	жен.	муж.	жен.
Численность прикрепленного населения, чел.				
Подушевой норматив финансирования на прикрепленное население, руб.				
Расчетный объем подушевого финансирования, руб.				

Сумма аванса по подушевому финансированию

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 3

К Порядку расчета и перечисления финансовых средств для
подушевого финансирования в медицинские организации,
оказывающие первичную медико-санитарную помощь в
амбулаторных условиях прикрепленному населению на 2016
год

Директору _____
(фамилия, имя, отчество)

_____ (наименование территориального фонда ОМС)

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

В том числе:

Сумма к оплате в соответствии с Актом об оплате по подушевому финансированию: (п.1 – п.2 – п.3 + п.4 + п.5 – п.6) = _____ руб.;

в том числе: по ПО Стационарных медицинских организаций _____ руб.

Руководитель страховой медицинской
организации (филиала)

(подпись)

(расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись)

(расшифровка подписи)

М.П.
« ____ » _____ 20 ____ г.

К Порядку расчета и перечисления финансовых средств для
подушевого финансирования в медицинские организации,
оказывающие первичную медико-санитарную помощь в
амбулаторных условиях прикрепленному населению на 2016 год

АКТ

об оплате расчетов по подушевому финансированию Медицинской
организации

_____ (наименование медицинской организации)

в соответствии с Договором на оказание и оплату медицинской помощи
(дополнение к Договору) со СМО

_____ (наименование СМО)

за _____ 20__г.
(период)

№№	Наименование	Сумма (руб.)
1.	Расчетный объем подушевого финансирования	
2.	Сумма средств на авансирование медицинской помощи	
3.	Сумма средств, подлежащих исключению из финансирования по результатам горизонтальных взаиморасчетов с другими МО за пациентов, прикрепленных к данной МО, но получивших амбулаторную медицинскую помощь в других МО по направлениям данной МО и за услуги неотложной медицинской помощи без направлений	
4.	Сумма средств, полученных на пациентов, прикрепленных к другим МО, но в отчетном периоде пролеченных в данной МО по направлениям других МО и за услуги неотложной медицинской помощи без направлений	
5.	Сумма средств за медицинскую помощь, оказанную в данной МО гражданам, не прикрепленным к МО из Перечня (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2015 год)	
6.	Сумма средств по результатам проведения МЭЭ и ЭКМП и расчетов прошлых периодов	

Итого к оплате: (п.1 - п.2- п. 3 + п.4 + п.5 – п.6) _____ руб.

Справочно: Сумма средств по счету-фактуре за фактически оказанную медицинскую помощь в отчетном периоде (с учетом результатов МЭК) _____руб.

От страховой медицинской организации
Руководитель СМО
Главный бухгалтер СМО
М.П. « _____ » _____ 20__г.

«Ознакомлен»
Руководитель МО

Приложение 4.1

К Порядку расчета и перечисления финансовых средств для
подушевого финансирования в медицинские организации,
оказывающие первичную медико-санитарную помощь в
амбулаторных условиях прикрепленному населению на 2016 год

АКТ

об оплате расчетов по подушевому финансированию Стационарной медицинской
организации с ПО

_____ (наименование медицинской организации)

в соответствии с Договором на оказание и оплату медицинской помощи
(дополнение к Договору) со СМО

_____ (наименование СМО)

за _____ 20__г.

(период)

№№	Наименование	Сумма (руб.)
1.	Расчетный объем подушевого финансирования	
2.	Сумма средств на авансирование медицинской помощи	
3.	Сумма средств, подлежащих исключению из финансирования по результатам горизонтальных взаиморасчетов с другими МО за пациентов, прикрепленных к данной МО, но получивших амбулаторную медицинскую помощь в других МО по направлениям данной МО и за услуги неотложной медицинской помощи без направлений	
4.	Сумма средств, полученных на пациентов, прикрепленных к другим МО, но в отчетном периоде пролеченных в данной МО по направлениям других МО и за услуги неотложной медицинской помощи без направлений	
5.	Сумма средств за медицинскую помощь, оказанную в данной МО гражданам, не прикрепленным к МО из Перечня (Приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2015 год)	
6.	Сумма средств по результатам проведения МЭЭ и ЭКМП и расчетов прошлых периодов	

Итого к оплате: (п.1 - п.2- п. 3 + п.4 + п.5 – п.6) _____ руб.

Справочно: Сумма средств по счету-фактуре за фактически оказанную медицинскую помощь в отчетном периоде (с учетом результатов МЭК) _____руб.

От страховой медицинской организации

Руководитель СМО

Главный бухгалтер СМО

М.П. « _____ » _____ 20__г.

«Ознакомлен»

Руководитель МО