

Приложение № 1

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

В _____
(наименование страховой медицинской организации)

Заявка на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи №

на _____ 20__ года
(месяц, год)

от Организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь и (или) первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» на основе подушевого финансирования на прикрепившихся лиц

(наименование Организации)

Для Организации, оказывающей 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 Организации, оказывающей 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.						

Итого, общий расчетный объем подушевого финансирования: _____

Сумма аванса: _____

Руководитель
Организации _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер
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, и в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», в амбулаторных условиях прикрепившимся лицам на 2017 год

В _____
(наименование страховой медицинской организации)

Заявка на получение целевых средств на авансирование оплаты медицинской помощи №
на _____ 20__ года
(месяц, год)

от Организации стационарного типа с ПО, оказывающей первичную медико-санитарную помощь
и (или) первичную медико-санитарную помощь
по профилю «стоматология» на основе подушевого финансирования на прикрепившихся лиц

(наименование Организации)

В объеме _____,
в том числе:

Для 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 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.						

Итого, общий расчетный объем подушевого финансирования: _____

Сумма аванса по подушевому финансированию _____

Руководитель
Организации _____
(подпись) (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер
Организации _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.
Дата составления заявки: « _____ » « _____ » 20__ г.
Исполнитель _____
(подпись) (расшифровка подписи) (телефон)

Дата принятия заявки: “ “ _____ 20__ г.

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

АКТ

об оплате расчетов по подушевому финансированию

_____ (наименование Организации)
 в соответствии с Договором на оказание и оплату медицинской помощи
 со страховой медицинской организацией _____
 _____ (наименование страховой медицинской организации)
 за _____ 20__ г.
 _____ (период)

№	Наименование	Сумма (руб.)
1.	Общий расчетный объем подушевого финансирования, в том числе:	
1.1.	расчетный объем подушевого финансирования	
1.2.	расчетный объем подушевого финансирования по профилю «стоматология»	
2.	Сумма средств на авансирование медицинской помощи	
3.	Сумма средств, подлежащих исключению из финансирования по результатам горизонтальных расчетов с другими медицинскими организациями за пациентов, прикрепившихся к Организации, но получивших первичную медико-санитарную помощь и (или) первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология» в других медицинских организациях по направлениям Организации и за услуги неотложной медицинской помощи без направлений	
3.1.	в том числе по профилю «стоматология»	
4.	Сумма средств, полученных на пациентов, прикрепившихся к другим медицинским организациям, но в отчетном периоде пролеченных в Организации по направлениям других медицинских организаций и за услуги неотложной медицинской помощи без направлений	

4.1.	в том числе по профилю «стоматология»	
5.	Общая сумма средств за первичную медико-санитарную помощь и (или) первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», оказанную в Организации пациентам, не прикрепившимся к медицинским организациям, в том числе:	
5.1.	сумма средств за первичную медико-санитарную помощь и (или) первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», оказанную в Организации пациентам, не прикрепившимся к медицинским организациям, включенным в Перечень (приложение № 1.1 к Тарифному соглашению на 2017 год)	
5.2.	сумма средств за первичную медико-санитарную помощь и (или) первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», оказанную в Организации пациентам, не прикрепившимся к медицинским организациям, включенным в Перечень (приложение № 1.6 к Тарифному соглашению на 2017 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 страховой медицинской организации

«Ознакомлен»
Руководитель Организации

Главный бухгалтер страховой медицинской организации

М.П. « ____ » _____ 20__г.