**Приложение № 1 к** Порядку взаимодействия участников обязательного медицинского страхования

на территории Костромской области при осуществлении

учета сведений о медицинской организации, выбранной застрахованным лицом

для получения первичной медико-санитарной помощи

**АКТ №\_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.**

**сверки численности застрахованных лиц, прикрепленных к**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(наименование медицинской организации)*

**для оказания первичной медико-санитарной помощи**

**по состоянию на 01\_\_\_\_\_20\_\_\_г.**

Мы, нижеподписавшиеся, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, и *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(Ф.И.О. руководителя МО)(Ф.И.О. руководителя СМО)*

составили настоящий акт о согласовании численности застрахованных лиц, прикрепленных к МО для оказания первичной медико-санитарной помощипо состоянию на 01.\_\_.20\_\_г.:

(чел.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п.п. | Число застрахованных лиц (ЗЛ),  всего | В том числе по группам застрахованных лиц | | | | | | | | | |
| дети | | | | | | трудоспособный  возраст | | старше трудоспособного возраста | |
| 0 - до 1 года | | 1 – 4 года | | 5 - 17  лет | | 18 - 59 лет | 18 - 54 лет | 60 лет и старше | 55 лет и старше |
| муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. | муж. | жен. |
| 1. Передано медицинской организацией (заполняется МО) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. Принято страховой медицинской организацией (заполняется СМО) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Приложение: Акт прикладной обработки списков застрахованных граждан на \_\_\_ л. в \_\_\_ экз.

|  |  |
| --- | --- |
| Страховая медицинская организация | Медицинская организация |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) (Ф.И.О. руководителя СМО) (дата)*  М.П. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО) (дата)*  М.П. |