

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ
(ТФОМС Костромской области)**

Медицинским организациям,
реализующим ТП ОМС Костромской
области

Ленина ул., д.20, Кострома г., 156013

Тел/факс (4942) 31 59 09

E-mail: info@tfomsko.ru

www.tfomsko.ru

ОКПО 29741409 ОГРН 1024400519330

ИНН/КПП 4401017094/440101001

от « 15 » 11 2019 г. № 4295

На № _____ от « ____ » _____ 2019 г.

О представлении документов
на оплату медицинской помощи,
оказанной лицам, застрахованным
на территории другого субъекта РФ

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Костромской области сообщает, что в соответствии с пунктом 164 Правил обязательного медицинского страхования (далее – Правила), утвержденных Приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н, при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого они застрахованы, информационный обмен осуществляется в электронном виде в соответствии с порядком ведения персонифицированного учета, утвержденным приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Общие принципы построения и функционирования информационных систем и порядок информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования».

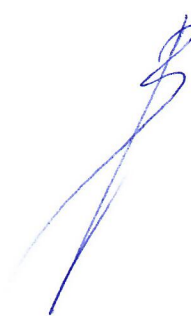
Согласно пункту 165 Правил при технической невозможности осуществления данного обмена в электронном виде с соблюдением требований к усиленной квалифицированной электронной подписи подлинность сведений, представленных в электронном виде, должна подтверждаться документом в бумажном виде, поступившим в течение двадцати пяти рабочих дней с даты предъявления счета в электронном виде.

В связи с тем, что в настоящее время указанные реестры счетов представляются в Фонд медицинскими организациями в электронном виде по защищенному каналу связи VipNet без использования усиленной квалифицированной электронной подписи, направляем Вам форму документа в бумажном виде, подтверждающего подлинность сведений реестра счетов, направленного в электронном виде.

Представление указанного подтверждающего документа является обязательным в установленный срок для оплаты Фондом оказанной медицинской помощи в соответствующем порядке.

Приложение: на 1 л. в 1 экз.

Директор

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned between the word 'Директор' and the name 'В.Е. Николаев'.

В.Е. Николаев

**БЛАНК МЕДИЦИНСКОЙ
ОРГАНИЗАЦИИ**
(при наличии)

ТФОМС Костромской области

Директору
В.Е. Николаеву

Уважаемый Владимир Евгеньевич!

Настоящим письмом подтверждаю, что сведения, указанные в реестре счета № ___ от «___» _____ 20___ г. с записями в количестве ___ позиций, направленном в ТФОМС Костромской области «___» _____ 20___ г. в электронном виде по защищенному каналу связи ViPNet на адрес: 44(Кострома ТФОМС)МТР исх, Наянова Е.А. начальник, являются подлинными и достоверными.

Руководитель
медицинской организации _____
(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

_____ (число, месяц, год)

