

Поставщик: **Наименование медицинской организации**
ИНН: _____ КПП: _____
ОГРН: _____
ОКПО _____ ОКВЭД _____
Банк получателя: _____
БИК: _____
Счет № _____
Кор. счет № _____
Платательщик: **Наименование СМО/ ТФОМС КО**

**Счет № _____ от « _ » _____
на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по
обязательному медицинскому страхованию в амбулаторно-поликлинических
условиях (за единицу объема медицинской помощи)**

Период: указать месяц, год (например, Январь 2021 г.)

Категория: Амбулаторно-поликлиническая помощь

Комментарий: (например, Основной счет / Повторный счет по заключению № __ к счету № __ от « __ » _____ за Январь 2021 г.)

Способ оплаты медицинской помощи	Единица измерения	Количество единиц измерения	Сумма, рублей
За единицу объема медицинской помощи (поликлинический прием с профилактической и иными целями)	посещение		
За единицу объема медицинской помощи (поликлинический прием по поводу заболевания)	обращение		
За единицу объема медицинской помощи (неотложная медицинская помощь)	посещение		
Итого к оплате:			

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра*: _____

* имена файлов и имя архива информационного пакета формируются согласно приказа ТФОМС от 05 декабря 2019 года № 1212 «Об утверждении регламента информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонализированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медицинской помощи».

Руководитель
медицинской организации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Поставщик: **Наименование медицинской организации**

ИНН: _____ КПП: _____

ОГРН: _____

ОКПО _____ ОКВЭД _____

Банк получателя: _____

БИК: _____

Счет № _____

Кор. счет № _____

Плательщик: **Наименование СМО/ТФОМС КО**

Счет № NN от « »

на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, в амбулаторно-поликлинических условиях (подушевое финансирование)

Период: указать месяц, год (например, Январь 2021 г.)

Категория: Амбулаторно-поликлиническая помощь

Комментарий: (например, Основной счет / Повторный счет по заключению № к счету № от « » за Январь 2021 г.)

Способ оплаты медицинской помощи по видам МП	Наименование файла реестра*	Значение поля «NSCHET»*	Сумма, руб.
Подушевое финансирование с учетом показателей результативности деятельности медицинской организации	

Сумма прописью: _____ рублей _____ копеек

Руководитель
медицинской организации

_____ (подпись) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

_____ (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

* к одному счету по подушевому нормативу финансирования формируются несколько реестров счетов:

- за единицу объема медицинской помощи (посещение, обращение, за исключением случаев по профилю «онкология») с тарифом равным «0»;
- по всем видам профилактических мероприятий;
- по профилю «онкология».

Для связи реестров счетов со счетом по подшевному нормативу финансирования в поле реестра «NSCHET» номер счета формируется с указанием номера бухгалтерского счета и указанного ниже кода медицинской помощи. Например, счет от 27.01.2021 № 36, к счету формируются реестры с указанием номера счета № 36.ПМ, № 36.ДС1, № 36.ОПВ и т.д.

Вид медицинской помощи		Значение поля «NSCHET»
Первичная медико-санитарная помощь (за единицу объема медицинской помощи) (за исключением профиля «онкология»)		№ NN-ПМ
Первичная медико-санитарная помощь по профилю «онкология»		№ NN-О
Первый этап диспансеризации определенных групп взрослого населения		№ NN-ДВ4
Второй этап диспансеризации определенных групп взрослого населения		№ NN-ДВ2
Первый этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации		№ NN-ДС1
Первый этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью		№ NN-ДС2
Второй этап диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации		№ NN-ДС3
Второй этап диспансеризации детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в том числе усыновленных (удочеренных), принятых под опеку (попечительство) в приемную или патронатную семью		№ NN-ДС4
Профилактические медицинские осмотры взрослого населения		№ NN-ОПВ
Первый этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних		№ NN-ПН1
Второй этап профилактического медицинского осмотра несовершеннолетних		№ NN-ПН2

Имена файлов и имя архива информационного пакета формируются согласно приказа ФОМС от 05 декабря 2019 года № 1212 «Об утверждении регламента информационного взаимодействия между ФОМС, МО и СМО при осуществлении персонализированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медицинской помощи».

Поставщик: Наименование медицинской организации

ИНН: _____ КПП: _____

ОГРН: _____

ОКПО _____ ОКВЭД _____

Банк получателя: _____

БИК: _____

Счет № _____

Кор. счет № _____

Плательщик: Наименование СМО/ТФОМС КО

Счет № _____ от « » _____

на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию в амбулаторно-поликлинических условиях (гемодиализ/диализ)

Период: указать месяц, год (например, Январь 2021 г.)

Категория: Амбулаторно-поликлиническая помощь

Комментарий: (например, Основной счет / Повторный счет по заключению № _____ к счету № _____ от « » _____ за Январь 2021 г.)

Способ оплаты медицинской помощи	Вид заместительной терапии	Единицы измерения	Количество единиц измерения	Сумма, рублей
За единицу объема медицинской помощи (посещение)	Гемодиализ	Посещение		
		Услуга		
	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	Посещение		
		Услуга		
	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	Посещение		
		Услуга		
	Перитонеальный диализ	Посещение		
		Услуга		
	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	Посещение		
		Услуга		
Перитонеальный диализ при нарушении	Посещение			
	Услуга			

За единицу объема медицинской помощи (обращение)	Ультрафильтрации	Гемодиализ	Услуга		
			Обращение		
			Услуга		
	Гемодиализ интермиттирующий низкопоточный	Гемодиализ интермиттирующий высокопоточный	Обращение		
			Услуга		
			Обращение		
	Перитонеальный диализ	Перитонеальный диализ с использованием автоматизированных технологий	Услуга		
			Обращение		
	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	Перитонеальный диализ при нарушении ультрафильтрации	Обращение		
			Услуга		

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра*: _____

* имена файлов и имя архива информационного пакета формируются согласно приказа ТФОМС от 05 декабря 2019 года № 1212 «Об утверждении регламента информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонализированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медицинской помощи».

Руководитель

Медицинской организации

_____ (подпись) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

_____ (подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Поставщик: **Наименование медицинской организации**

ИНН: _____ КПП: _____

ОГРН: _____

ОКПО _____ ОКВЭД _____

Банк получателя: _____

БИК: _____

Счет № _____

Кор. счет № _____

Платательщик: **Наименование СМО/ ТФОМС КО**

Счет № _____ от «__» _____

**на оплату лабораторных исследований, проведенных лицам, застрахованным
по обязательному медицинскому страхованию**

Период: указать месяц, год (например, Январь 2021 г.)

Категория: Амбулаторно-поликлиническая помощь

Комментарий: (например, Основной счет / Повторный счет по заключению № __ к счету № __ от «__» _____ за Январь 2021 г.)

Способ оплаты медицинской помощи	Единица измерения	Количество единиц измерения	Сумма, рублей
За единицу объема медицинской помощи (лабораторные исследования)	Услуга		
Итого к оплате:			

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра*: _____

* имена файлов и имя архива информационного пакета формируются согласно приказа ТФОМС от 05 декабря 2019 года № 1212 «Об утверждении регламента информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медицинской помощи».

Руководитель
медицинской организации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Поставщик: **Наименование медицинской организации**
 ИНН: _____ КПП: _____
 ОГРН: _____
 ОКПО _____ ОКВЭД _____
 Банк получателя: _____
 БИК: _____
 Счет № _____ Счет № _____
 Кор. счет № _____ от __. __. 202__ г.
 Платательщик: **Наименование СМО/ ТФОМС КО**

Счет
на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным по
обязательному медицинскому страхованию в амбулаторно-поликлинических
условиях (медицинская услуга)

Период: указать месяц, год (например, Январь 2021 г.)

Категория: Амбулаторно-поликлиническая помощь

Комментарий: (например, Основной счет / Повторный счет по заключению № __ к счету № __ от
Наименование СМО/ ТФОМС КО за Январь 2021 г.)

Вид медицинской услуги	Единица измерения	Количество единиц измерения	Сумма, рублей
Кардиотокография плода	Услуга		
Ультразвуковое исследование плода			
Ультразвуковое исследование плода на аппарате экспертного класса			
Ультразвуковое исследование сердечно-сосудистой системы			
Эндоскопическое диагностическое исследование			
Программация (тестирование) имплантированных кардиостимуляторов			
Диагностика гепатита В и С			
МРТ с контрастным усилением			
МРТ без контраста			
КТ с контрастным усилением			
КТ без контраста			
Молекулярно-генетическое исследование с целью диагностики онкологических заболеваний			
Патологоанатомическое исследование биопсионного (операционного) материала с целью диагностики онкологических заболеваний и подбора противоопухолевой лекарственной терапии			
Тестирование на выявление новой коронавирусной инфекции (COVID-19)			
Итого к оплате:			

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Файлы реестров: Имена файлов и имя архива информационного пакета формируются согласно приказа ТФОМС от 05 декабря 2019 года № 1212 «Об утверждении регламента информационного

взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медицинской помощи».

Руководитель
медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

Поставщик: **Наименование медицинской организации**

ИНН: _____ КПП: _____

ОГРН: _____

ОКПО _____ ОКВЭД _____

Банк получателя: _____

БИК: _____

Счет № _____

Кор. счет № _____

Платательщик: **Наименование СМО/ТФОМС КО**

Счет № _____ от «__» _____

**на оплату медицинской помощи,
оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию,
в условиях дневного стационара**

Период: указать месяц, год (например, Январь 2021 г.)

Категория: Стационарозамещающая помощь

Комментарий: (например, Основной счет / Повторный счет по заключению № __ к счету № __ от «__» _____ за Январь 2021 г.)

Способ оплаты медицинской помощи	Единица измерения	Количество единиц измерения	Сумма, рублей
Случаи госпитализации по КСГ	Случай		
Итого к оплате:			

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра*: _____

* имена файлов и имя архива информационного пакета формируются согласно приказа ТФОМС от 05 декабря 2019 года № 1212 «Об утверждении регламента информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медицинской помощи».

Руководитель
медицинской организации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Поставщик: **Наименование медицинской организации**
ИНН: _____ КПП: _____
ОГРН: _____
ОКПО _____ ОКВЭД _____
Банк получателя: _____
БИК: _____
Счет № _____
Кор. счет № _____
Платательщик: **Наименование СМО/ТФОМС КО**

**Счет № _____ от «__» _____
на оплату медицинской помощи,
оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию
в условиях круглосуточного стационара (за исключением высокотехнологичной
медицинской помощи)**

Период: указать месяц, год (например, Январь 2021 г.)

Категория: Стационарная помощь

Комментарий: (например, Основной счет / Повторный счет по заключению № __ к счету № __ от «__» _____ за Январь 2021 г.)

Способ оплаты медицинской помощи	Единица измерения	Количество единиц измерения	Сумма, рублей
Случаи госпитализации по КСГ	Случай		
Итого к оплате:			

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра*: _____

* имена файлов и имя архива информационного пакета формируются согласно приказа ТФОМС от 05 декабря 2019 года № 1212 «Об утверждении регламента информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медицинской помощи».

Руководитель
медицинской организации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Поставщик: **Наименование медицинской организации**
ИНН: _____ КПП: _____
ОГРН: _____
ОКПО _____ ОКВЭД _____
Банк получателя: _____
БИК: _____
Счет № _____
Кор. счет № _____
Платательщик: **Наименование СМО/ТФОМС КО**

**Счет № _____ от « __ » _____
на оплату медицинской помощи,
оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию,
в условиях круглосуточного стационара
(Высокотехнологичная медицинская помощь)**

Период: указать месяц, год (например, Январь 2021 г.)

Категория: Стационарная помощь

Комментарий: (например, Основной счет / Повторный счет по заключению № __ к счету № __ от
Наименование СМО/ТФОМС КО за Январь 2021 г.)

Способ оплаты медицинской помощи	Единица измерения	Количество единиц измерения	Сумма, рублей
Случаи госпитализации по ВМП	Случай		
Итого к оплате:			

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра*: _____

* имена файлов и имя архива информационного пакета формируются согласно приказа ТФОМС от 05 декабря 2019 года № 1212 «Об утверждении регламента информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонализированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медицинской помощи».

Руководитель
медицинской организации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Поставщик: **Наименование МО**
ИНН: _____ КПП: _____
ОГРН: _____
ОКПО _____ ОКВЭД _____
Банк получателя: _____
БИК: _____
Счет № _____
Кор. счет № _____
Платательщик: **ТФОМС КО**

**Счет № _____ от «__» _____
на оплату скорой медицинской помощи,
оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию
(Подушевое финансирование)**

Период: указать месяц, год (например, Январь 2021 г.)

Категория: Скорая медицинская помощь

Комментарий: (например, Основной счет / Повторный счет по заключению № __ к счету № __ от «__» _____ за Январь 2021 г.)

Способ оплаты медицинской помощи	Сумма, рублей
По подушевому нормативу финансирования в сочетании с оплатой за вызов скорой медицинской помощи	

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра*: _____

* имена файлов и имя архива информационного пакета формируются согласно приказа ТФОМС от 05 декабря 2019 года № 1212 «Об утверждении регламента информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонализированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медицинской помощи».

Руководитель
медицинской организации _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер _____
(подпись) (Ф.И.О.)

М.П.

Поставщик: **Наименование МО**

ИНН: _____ КПП: _____

ОГРН: _____

ОКПО _____ ОКВЭД _____

Банк получателя: _____

БИК: _____

Счет № _____

Кор. счет № _____

Платательщик: **ТФОМС КО**

Счет № _____ от «__» _____

**на оплату скорой медицинской помощи,
оказанной лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию
(за единицу объема медицинской помощи)**

Период: указать месяц, год (например, Январь 2021 г.)

Категория: Скорая медицинская помощь

Комментарий: (например, Основной счет / Повторный счет по заключению № __ к счету № __ от «__» _____ за Январь 2021 г.)

Способ оплаты медицинской помощи	Единица измерения	Количество	Сумма, рублей
За вызов скорой медицинской помощи	Вызов		
За вызов скорой медицинской помощи с проведением тромболитической терапии	Вызов		
Итого к оплате:			

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра*: _____

* имена файлов и имя архива информационного пакета формируются согласно приказа ТФОМС от 05 декабря 2019 года № 1212 «Об утверждении регламента информационного взаимодействия между ТФОМС, МО и СМО при осуществлении персонифицированного учета застрахованных лиц и учета оказанной медицинской помощи».

Руководитель
медицинской организации

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О.)

М.П.

Руководителю

(наименование филиала страховой медицинской
организации)

(фамилия, имя, отчество)

от

(должность руководителя, наименование
медицинской организации)

**Заявка
на финансовое обеспечение
фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов**

В соответствии с договором на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию от _____ N ____ прошу предоставить средства на финансовое обеспечение фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов

(наименование медицинской организации)

за _____ месяц 202__ года.

№ п/п	Наименование ФП (ФАП)	Сумма на 1 месяц, руб.
1	ФП(ФАП) 1	
2	ФП(ФАП) 2	
...	и т.д.	
Сумма итого (руб.):		

Руководитель
медицинской организации

(подпись)

(Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

(подпись)

(Ф.И.О.)

М.П.

