

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от «28» июля 2021 г. № 627

г. Кострома

О внесении изменений в приказ
ТФОМС Костромской области

В целях реализации Распоряжения Правительства РФ от 25.06.2021 № 1722-р «Об использовании остатков средств бюджета ФФОМС» и Распоряжения Правительства РФ от 30.06.2021 № 1768-р «О выделении Минздраву России бюджетных ассигнований», на основании части 6 статьи 39 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в соответствии с разделом IX. Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Минздрава России от 28.02.2019 № 108н,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести следующие изменения в приказ ТФОМС Костромской области от 31.03.2021 № 275 «Об утверждении форм счетов на оплату медицинской помощи» (далее – Приказ):

1) дополнить Приказ приложением № 13 «Счет на оплату специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи, оказанной в условиях круглосуточного стационара, за счёт межбюджетных трансфертов, передаваемых бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования субъектов Российской Федерации и г. Байконур на дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию, с заболеваниями и (или) подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией в рамках реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования» согласно приложению к настоящему приказу;

2) дополнить Приказ приложением № 14а «Счет на оплату за счёт межбюджетных трансфертов, передаваемых бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение проведения I этапа углублённой диспансеризации застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)» согласно приложению к настоящему приказу;

дополнить Приказ приложением № 14б «Счет на оплату за счёт межбюджетных трансфертов, передаваемых бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования на финансовое обеспечение

проведения II этапа углублённой диспансеризации застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)» согласно приложению к настоящему приказу;

2. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

3. Приказ вступает в силу с даты подписания и распространяется на правоотношения по формированию и предъявлению счетов, начиная с отчетного периода – июль 2021 года.

Первый заместитель директора



А.Н. Чичерин

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

**Счет № _____ от «__» _____ 202__ г.
на оплату специализированной,
за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи,
оказанной в условиях круглосуточного стационара,
за счёт межбюджетных трансфертов, передаваемых
бюджетам территориальных фондов обязательного медицинского страхования
субъектов Российской Федерации и г. Байконур
на дополнительное финансовое обеспечение оказания медицинской помощи
лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию,
с заболеваниями и (или) подозрением на заболевание
новой коронавирусной инфекцией в рамках реализации территориальной
программы обязательного медицинского страхования**

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

Комментарий: Основной (или исправленный)

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

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра: _____

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 № _____ от «__» _____ 202__ г.
на оплату за счёт межбюджетных трансфертов, передаваемых бюджетам
территориальных фондов обязательного медицинского страхования
на финансовое обеспечение проведения I этапа углублённой диспансеризации
застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших
новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)**

Амбулаторно-поликлинические условия

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

Комментарий: Основной (или исправленный)

Вид профилактического мероприятия	Способ оплаты медицинской помощи	Количество единиц измерения	Сумма, рублей
I этап углублённой диспансеризации лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)	Комплексное посещение		
	Медицинская услуга		
Итого к оплате:			

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра: _____

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 « __ » _____ 202__ г.

**на оплату за счёт межбюджетных трансфертов, передаваемых бюджетам
территориальных фондов обязательного медицинского страхования
на финансовое обеспечение проведения II этапа углублённой диспансеризации
застрахованных по обязательному медицинскому страхованию лиц, перенесших
новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)**

Амбулаторно-поликлинические условия

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

Комментарий: Основной (или исправленный)

Вид профилактического мероприятия	Способ оплаты медицинской помощи	Количество единиц измерения	Сумма, рублей
II этап углублённой диспансеризации лиц, перенесших новую коронавирусную инфекцию (COVID-19)	Медицинская услуга		
Итого к оплате:			

Сумма прописью: _____ рублей __ копеек

Наименование файла реестра: _____

Руководитель
медицинской организации

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Главный бухгалтер

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

М.П.