Директору ТФОМС по Магаданской области

А.Д. Щербаковой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

руководителя медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование медицинской организации

УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования на 2021 год

Прошу включить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Магаданской области.

Сведения о медицинской организации для включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное наименование медицинской организации | 1 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 1.1 |  |
| Краткое наименование медицинской организации | 2 |  |
| Адрес (место) нахождения медицинской организации | 3 |  |
| Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 3.1 |  |
| Код причины постановки на учет (КПП) | 4 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 5 |  |
| Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 6 |  |
| Организационно-правовая форма медицинской организации (ОКОПФ) | 7 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя | 8.1.1 |  |
| Номер телефона руководителя | 8.1.2 |  |
| Номер факса руководителя | 8.1.3 |  |
| Номер телефона регистратуры | 8.1.4 |  |
| Номер телефона справочной службы | 8.1.5 |  |
| Номер телефона приемного отделения | 8.1.6 |  |
| Адрес электронной почты руководителя | 8.1.7 |  |
| Адрес сайта медицинской организации | 8.1.8 |  |
| Номер телефона индивидуального предпринимателя | 8.2.1 |  |
| Номер факса индивидуального предпринимателя | 8.2.2 |  |
| Номер иного контактного телефона индивидуального предпринимателя | 8.2.3 |  |
| Адрес электронной почты индивидуального предпринимателя | 8.2.4 |  |
| Адрес сайта индивидуального предпринимателя | 8.2.5 |  |
| Сведения о документе, дающем право на осуществление медицинской деятельности:  Наименование, № | 9.1 |  |
| Дата выдачи | 9.2 |  |
| Дата окончания срока действия | 9.3 |  |
| Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи  (выбрать из представленного списка, лишнее удалить) | 10 | 1. Первичная медико-санитарная помощь:  1.1. Первичная доврачебная медико-санитарная помощь  1.2. Первичная врачебная медико-санитарная помощь  1.3. Первичная специализированная медико-санитарная помощь  2.Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь  3. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь:  3.1.Специализированная медицинская помощь  3.2.Высокотехнологичная специализированная медицинская помощь.  4.Паллиативная медицинская помощь. |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 11 | Сведения представляются в форме прилагаемых таблиц (10.1, 10.2) |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 12 | Сведения представляются в форме прилагаемой таблицы (11) |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным и данным бухгалтерского учета медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-профильных групп (далее –КПГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 13 | Сведения представляются в форме прилагаемых таблиц (12.1, 12.2, 12.3, 12.4) |
| Численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 14 | Сведения представляются в форме прилагаемой таблицы (13) |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КПГ по детскому и взрослому населению | 15 | Сведения представляются в форме прилагаемых таблиц (14.1, 14.2, 14.3, 14.4, 14.5, 14.6, 14.7, 14.8, 14.9, 14.10, 14.11) |
| Численность застрахованных лиц в медицинских организациях для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, территория их обслуживания (в разрезе половозрастных групп) | 16 |  |
| Виды диагностических и (или) консультативных услуг для медицинских организаций, оказывающих только диагностические и (или) консультативные услуги, взрослому и детскому населению в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных территориальной программой | 17 |  |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы диагностических и (или) консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг [Приказ](consultantplus://offline/ref=F0669D3C15738C7CD50400B5B608CC8600515203215F1A7543E7A1696B8C098D0F6CCAF97B75161C2B76515C92y3O7F) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13 октября 2017 г. N 804н "Об утверждении номенклатуры медицинских услуг", а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 18 |  |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг | 19 |  |
| Сведения о наличии структурных подразделений: | 20 |  |
| Подразделение № 1 (указать адрес) | 20.1 |  |
| Подразделение № 2 (указать адрес) | 20.2 |  |
| Наличие терминалов, обеспечивающих возможность считывания электронных полисов ОМС (указать да или нет) | 21 |  |
| Оказание медицинской помощи взрослым по программе ОМС | 22 |  |
| Оказание медицинской помощи детям по программе ОМС | 23 |  |
| Наличие отделений (кабинетов) неотложной помощи | 24 |  |
| Наличие дневного стационара | 25 |  |
| Наличие в своем составе женской консультации | 26 |  |
| Оказание медицинской помощи с применением вспомогательных репродуктивных технологий (экстракорпоральное оплодотворение) | 27 |  |
| Оказание медицинской помощи по профилю "стоматология" | 28 |  |

Копия разрешения на медицинскую деятельность прилагается.

С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель медицинской

организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)