

ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

454091, Россия, г. Челябинск, пл. МОПРа, 8а, тел. (351) 264 90 82, ф. (351) 264 90 81
e-mail: ofoms@chel.surnet.ru, www. ofoms-chel.ru

ПРИКАЗ

27 ИЮН 2013

№ 503

О внесении изменений в приказ ЧОФОМС
от 03 июня 2011 года № 392 «Об утверждении
Порядка организации проведения
межтерриториальных расчетов в сфере обязательного
медицинского страхования Челябинской области»

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.12.2012 № 1006н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.02.2013 № 72н «О проведении диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации», приложением 1/1 и приложением 1/2 к Тарифному соглашению в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области от 22.01.2013 № 40-ОМС

ПРИКАЗЫВАЮ:

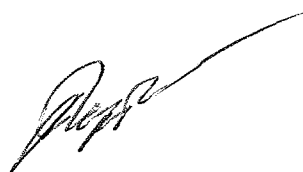
1. Изложить приложение № 3 к Порядку организации проведения межтерриториальных расчетов в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области, утвержденному приказом ЧОФОМС от 03 июня 2011 года № 392 (далее – Порядок), в соответствии с Приложением № 1 к настоящему приказу.
2. Дополнить Порядок приложением № 10 в соответствии с Приложением № 2 к настоящему приказу.
3. Дополнить Порядок приложением № 11 в соответствии с Приложением № 3 к настоящему приказу.
4. Дополнить Порядок приложением № 12 в соответствии с Приложением № 4 к настоящему приказу.
5. Дополнить Порядок приложением № 13 в соответствии с Приложением № 5 к настоящему приказу.
6. Начальнику Управления информационных технологий Севергиной В.Г. внести соответствующие изменения в программные комплексы по формированию и контролю файлов персонифицированного учета медицинских услуг, оказанных лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

7. Директорам филиалов ЧОФОМС и начальнику Управления по городу Челябинску довести настоящий приказ до сведения руководителей медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области.

8. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по вопросам организации обязательного медицинского страхования Инсарскую Т.И.

9. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

Директор



М.Г. Вербитский

СЧЕТ

на оплату медицинской помощи, оказанной лицам,
застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации

« » 20 г.

№

(наименование медицинской организации, ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с « » 20 г.

по « » 20 г.

Вид оказанной медицинской помощи:

(поликлиника, стационар, параклиника, скорая медицинская помощь)

Сумма рублей
(прописью)

В том числе:

на оплату первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения:

 рублей
(прописью)

на оплату второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения:

 рублей
(прописью)

на оплату первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей,
находящихся в трудной жизненной ситуации:

 рублей
(прописью)

на оплату первого и второго этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и
детей, находящихся в трудной жизненной ситуации:

 рублей
(прописью)

ИТОГО (с учетом коэффициента индексации):

Сумма рублей
(прописью)

Руководитель медицинской
организации

(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

ОСНОВАНИЕ:

Договор на оплату медицинских услуг № от « » 20 г.

Лицензия № , срок действия с « » 20 г. по « » 20 г.

Уровень оказания медицинской помощи:

Принят к оплате ЧОФОМС

« » 20 г.

(специалист отдела по работе с МО)

Приложение № 2 к приказу ЧОФОМС
от «09» МАРТА 2013 г. №5 03

Приложение № 10
к Порядку организации проведения
межтерриториальных расчетов
в сфере ОМС Челябинской области

РЕЕСТР СЧЕТОВ

(наименование медицинской организации, ОГРН
в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____

на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации,
в рамках первого этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения

| № Пози- ции реес- тра | Фами- лия, имя, отчес- тво (при наличии и) | Пол | Дата рожде- ния | Место рожде- ния | Данные докумен- та, удосто- веряюще- го личность | Место жители- ва | Место регистра- ции | СНИЛС (при наличии) | № полиса обязате- льного медицин- ского страхова- ния | Вид оказан- ной медици- нской помощи и (код) | Диаг- ноз в соот- ветст- вии с МКБ -10 | Первый Этап диспансеризации в объеме, утвержденном Минздравом России, специальность медицинского работника, проводящего диспансеризацию (код) | | | | Тариф на оплату перво- го этапа диспан- сериза- ции, провед- енной застра- хован- ному лицу | Результат диспансер- изации (код) |
|-----------------------------------|---|-----|-----------------------|------------------------|--|------------------------|---------------------------|---------------------------|--|---|---|---|------|---------|---------|--|--|
| | | | | | | | | | | | | 13 | 13.1 | 13..... | 14 | | |
| | | | | | | | Дата нача- ла | Дата оконча- ния | Код специа- льности | Дата оконча- ния | Код специ- аль- ности | 13..... | 14 | 15 | | | |
| 1 | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 13.1 | 13..... | 14 | 15 |

Главный бухгалтер

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель

(подпись, расшифровка подписи)

Дата

Приложение № 3 к приказу ЦОФОМС
от «07»/11.09.12 2013 г. №503

Приложение № 11
к Порядку организации проведения
межтерриториальных расчетов
в сфере ОМС Челябинской области

РЕЕСТР СЧЕТОВ

(наименование медицинской организации, ОГРН
в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____
на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации,
в рамках второго этапа диспансеризации определенных групп взрослого населения

| № Пози ции рес с тра | Фами лия, имя, отчест во (при наличии) | Пол | Дата рожде ния | Место рожде ния | Данные докумен та, удосто веряюще го личность | Место жительства | Место регистра ции | СНИЛС (при наличии) | № полиса обязате льного медицин ского страхова ния | Вид оказан ной меди цинской помощи и (код) | Диаг ноз в соот ветс твии с МКБ -10 | Второй Этап диспансеризации в объеме, утвержденном Минздравом России, специальность медицинского работника, проводящего диспансеризацию (код) | | | | Тариф на оплату первог о этапа диспан сериза ции, провед енной застра хованн ому лицу | Результат диспансе ризации (код) |
|-------------------------------------|--|-----|----------------------|-----------------------|---|---------------------|--------------------------|---------------------------|---|--|--|---|-----------------------|--------------------------|-----------------------|--|---|
| | | | | | | | | | | | | Дата нача ла | Дата оконча ния | Код специа льности | Дата оконча ния | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 13.1 | 13..... | 14 | 15 | |

Главный бухгалтер _____

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель _____

(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____

Приложение № 4 к приказу ЧОФОМС
от «17» Мая 2013 г. № 503

Приложение № 12
к Порядку организации проведения
межтерриториальных расчетов
в сфере ОМС Челябинской области

РЕЕСТР СЧЕТОВ

(наименование медицинской организации, ОГРН
в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____

на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации,

в рамках первого этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

| № Пози ции и рес с с т р а | Фами лия, имя, отчес тво (при налич ии) | Пол | Дата рожде ния | Место рожде ния | Данные докумен та, удосто веряюще го личность | Место жители ства | Место регистра ции | СНИЛС (при наличии) | № полиса обязате льного медицин ского страхова ния | Вид оказан ной медици нской помощ и (код) | Диаг ноз в соот ветс твии с МКБ -10 | Диспансеризация в объеме, утвержденном Минздравом России, специальность медицинского работника, проводящего диспансеризацию (код) | | | | Тариф на оплату диспан сериза ции, провед енной застра хованн ому лицу |
|---|--|-----|----------------------|-----------------------|---|-------------------------|--------------------------|---------------------------|---|--|--|---|-----------------------|--------------------------|-------------------------------|---|
| | | | | | | | | | | | | Дата нача ла | Дата оконча ния | Код специа льности | 13.1 Дата оконча ния | |
| 1 | | | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 13.1 | 13..... | 14 | |

Главный бухгалтер _____

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель _____

(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____

Приложение № 5 к приказу ЧОФОМС
от «27» марта 2013 г. № 503

Приложение № 13
к Порядку организации проведения
межтерриториальных расчетов
в сфере ОМС Челябинской области

РЕЕСТР СЧЕТОВ

(наименование медицинской организации, ОГРН
в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с _____ по _____
на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации,
в рамках первого и второго этапа диспансеризации пребывающих в стационарных учреждениях детей-сирот и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации

| № Пози ции рес с с т ра | Фами лия, имя, отчест во (при наличии) | Пол | Дата рожде ния | Место рожде ния | Данные докумен та, удосто веряюще го личность | Место жители ства | Место регистра ции | СНИЛС (при наличии) | № полиса обязате льного медицин ского страхова ния | Вид оказан ной медиц инской помощ и (код) | Диаг ноз в соот ветс твии с МКБ -10 | Диспансеризация в объеме, утвержденном Минздравом России, специальность медицинского работника, проводящего диспансеризацию (код) | | | | Тариф на оплату диспан сериза ции, провед енной застра хованн ому лицу | | |
|--|--|-----|----------------------|-----------------------|---|-------------------------|--------------------------|---------------------------|---|--|--|---|--------------------|-----------------------|--------------------------|---|--|----|
| | | | | | | | | | | | | 13 | 13.1 | | 13..... | | | |
| | | | | | | | | | | | | Дата нача ла | Дата нача ла | Дата оконча ния | Код специаль ности | Код спец иаль ности и | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | | | | | | | 14 |

Главный бухгалтер _____
(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель _____
(подпись, расшифровка подписи)

Дата _____