



# ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ФОНД ОМС

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

## ПРИКАЗ

«03» *март* 2011г

№ 392

Об утверждении Порядка организации проведения межтерриториальных расчетов в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области

В соответствии с частью 8 статьи 34 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29 ноября 2010 г. № 326-ФЗ

### ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемый Порядок организации проведения межтерриториальных расчетов в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее именуется – Порядок).

2. Структурным подразделениям Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования:

- отделу по работе с медицинскими организациями,
- центральной бухгалтерии,
- управлению информационных технологий,
- филиалам Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования и Управлению по г. Челябинску

использовать прилагаемый Порядок при осуществлении расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования.

3. Рекомендовать руководителям медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области при оказании медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, руководствоваться прилагаемым Порядком.

4. Со дня вступления в силу настоящего приказа признать утратившими силу приказы Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования:

1) от 15.01.2009 г. № 13 «О порядке осуществления межтерриториальных расчетов на территории Челябинской области»;

2) от 11.12.2009 г. № 719 «О внесении изменений в приказ ЧОФОМС от 15.01.2009 г. № 13 «О порядке осуществления межтерриториальных расчетов на территории Челябинской области».

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

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

Директор



М.Г.Вербитский

## Порядок организации проведения межтерриториальных расчетов в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области

### I. Общие положения

1. Настоящий Порядок организации проведения межтерриториальных расчетов в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области (далее – Порядок) разработан в соответствии с:

– Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ (далее – Федеральный закон),

– приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28.02.2011 г. № 158н «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» (далее – Правила ОМС),

– приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 25.01.2011 г. № 29н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования»,

– приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 01.12.2010 г. № 230 «Об утверждении Порядка организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию»,

– приказом Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 07.04.2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»,

– Методическими указаниями по предоставлению информации в сфере обязательного медицинского страхования, утвержденными Федеральным фондом обязательного медицинского страхования 04.04.2011 г.

2. Настоящий Порядок регулирует вопросы организации проведения в Челябинском областном фонде обязательного медицинского страхования (далее – ЧОФОМС) расчетов за медицинскую помощь, оказанную застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования (далее – межтерриториальные расчеты).

3. При межтерриториальных расчетах оплате подлежит медицинская помощь, оказанная застрахованным лицам в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования. ЧОФОМС принимает меры по исключению оплаты за счет средств обязательного медицинского страхования медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, непосредственно после произошедшего тяжелого несчастного случая на производстве.

4. Оплата медицинской помощи при межтерриториальных расчетах осуществляется за счет средств нормированного страхового запаса ЧОФОМС по тарифам и способам оплаты, действующим на территории оказания медицинской

помощи на дату завершения случая оказания медицинской помощи. Средства нормированного страхового запаса ЧОФОМС, затраченные на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области, лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, возмещаются территориальными фондами ОМС по месту страхования.

5. Контроль объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, как оказанной в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области, лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, так и оказанной в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Челябинской области, осуществляется в соответствии с Порядком организации и проведения контроля, объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 г. № 230.

6. Обмен данными персонифицированного учета сведений о медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, между медицинскими организациями, осуществляющими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области, ЧОФОМС и территориальными фондами ОМС субъектов Российской Федерации при межтерриториальных расчетах осуществляется в электронном виде по выделенным или открытым каналам связи, включая сеть Интернет, с использованием электронной цифровой подписи в соответствии с установленным законодательством Российской Федерации требованиям по защите персональных данных. При технической невозможности осуществления данного обмена в электронном виде с соблюдением требований к электронной цифровой подписи подлинность сведений должна подтверждаться документом в бумажном виде.

II. Расчеты за медицинскую помощь, оказанную лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации:

7. Медицинская организация, осуществляющая деятельность в сфере ОМС Челябинской области и оказавшая медицинскую помощь в объеме, установленном базовой программой обязательного медицинского страхования, лицу, застрахованному на территории другого субъекта Российской Федерации (далее – МО), формирует файл реестра счета по оплате медицинских услуг, оказанных лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации (далее – файл реестра счета), отдельно по стационару, поликлинике и параклинике в формате, утвержденном приложением № 1 к настоящему Порядку, и направляет его в электронном виде в отдел по работе с медицинскими организациями (далее – отдел по работе с МО) не позднее пяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи.

8. Отдел по работе с МО проводит форматно-логический контроль файла реестра счета в срок не позднее трех рабочих дней от даты его поступления и

направляет в МО протокол обработки файла реестра счета в МО (далее – протокол) по форме приложения № 2 к настоящему Порядку.

9. МО направляет в отдел по работе с МО исправленный файл реестра счета, а также формирует счет на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации (далее – счет), по форме приложения № 3 к настоящему Порядку, и реестр счета на оплату медицинской помощи, оказанной лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации (далее – реестр счета), содержащий персонифицированные сведения о пролеченном застрахованном лице и персонифицированные сведения об оказанной ему медицинской помощи по форме приложения № 4 к настоящему Порядку.

10. МО направляет в ЧОФОМС не позднее десяти рабочих дней месяца, следующего за месяцем завершения случая оказания медицинской помощи, счет в двух экземплярах и реестр счета в одном экземпляре, заверенные подписями руководителя и главного бухгалтера МО и скрепленных печатью МО, в соответствии с требованиями обращения с документами конфиденциального характера.

11. Отдел организационной работы и делопроизводства осуществляет прием и регистрацию счетов и реестров счетов МО в соответствии с приказом ЧОФОМС от 18.06.2009 г. № 351 «О ведении конфиденциального делопроизводства».

12. Отдел по работе с МО проводит медико-экономический контроль предъявленного МО счета и реестра счета в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 г. № 230.

13. Отдел по работе с МО не позднее двадцати рабочих дней с даты представления МО счета и реестра счета формирует приказ на оплату счетов МО с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, проведенного как отделом по работе с МО, так и территориальными фондами ОМС по месту страхования в период оказания медицинской помощи, а также с учетом возмещения средств со стороны территориальных фондов ОМС по месту страхования после дополнительного рассмотрения ранее отклоненных от оплаты счетов.

14. Центральная бухгалтерия производит оплату счетов МО за счет средств нормированного страхового запаса ЧОФОМС не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты представления счета.

15. Отдел по работе с МО направляет в МО сведения об оплате счетов по форме приложения № 5 к настоящему Порядку, в которых указывается сумма предъявленного МО счета, суммы, отклоненные от оплаты по результатам проведенного отделом по работе с МО контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также суммы, отклоненные от оплаты территориальными фондами ОМС по месту страхования по ранее предъявленным счетам, и суммы, возмещенные территориальными фондами ОМС по месту страхования по результатам дополнительного рассмотрения ранее отклоненных от оплаты счетов. К сведениям об оплате счетов прилагаются акты медико-экономического контроля, акты медико-экономической экспертизы и акты

экспертизы качества по результатам проведенного отделом по работе с МО контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, а также сведения актов о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, которые поступили от территориальных фондов ОМС по месту страхования.

16. МО вправе доработать и направить в отдел по работе с МО исправленные файлы реестров, реестры и счета, отклоненные ранее от оплаты по результатам проведенного отделом МО медико-экономического контроля, не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения акта медико-экономического контроля от отдела по работе с МО. По случаям оказания медицинской помощи, отклоненным от оплаты территориальными фондами ОМС по месту страхования, кроме случаев, требующих проведения медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, МО направляет в отдел по работе с МО только поясняющую информацию, без формирования исправленных файлов реестров, реестров и счетов, в срок не позднее десяти рабочих дней с даты получения сведений актов о причинах дополнительного рассмотрения, которые поступили от территориальных фондов ОМС по месту страхования.

17. Отдел по работе с МО на основе представленных МО счетов в срок не позднее двадцати рабочих дней с даты представления счета МО формирует счета на оплату медицинской помощи, оказанной в МО Челябинской области застрахованным лицам за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис обязательного медицинского страхования, по форме приложения № 6 к настоящему порядку, и направляет их, а также файлы реестров счетов по оплате медицинских услуг (основную часть), в территориальные фонды ОМС по месту страхования.

18. Отдел по работе с МО принимает от территориальных фондов ОМС по месту страхования акты о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, по счетам, выставленным территориальным фондам ОМС по месту страхования, по факту поступления в электронном виде файлов протоколов обработки счетов и составляет на их основании акты о причинах, не принятых к оплате по выставленному счету по форме приложения № 7 к настоящему порядку.

19. Отдел по работе с МО организует проведение медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи, в том числе по результатам медико-экономического контроля, проведенного территориальными фондами ОМС по месту страхования, в соответствии с Порядком организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 года № 230.

20. Специалисты-эксперты филиалов ЧОФОМС и Управления по г. Челябинску проводят медико-экономическую экспертизу случаев оказания медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации, и направляют акты медико-экономической экспертизы в отдел по работе с МО в срок не позднее пятнадцати рабочих дней от даты получения запроса на проведение экспертизы по электронной почте из отдела по работе с МО.

21. Отдел по работе с МО не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения в электронном виде от территориального фонда ОМС по месту страхования акта о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, и протокола обработки реестра направляет в территориальный фонд ОМС по месту страхования исправленную часть счета с приложением сведений о результатах проведенной медико-экономической экспертизы и экспертизы качества оказанной медицинской помощи.

22. Отдел по работе с МО и центральная бухгалтерия ведут учет счетов, предъявленных территориальным фондам по месту страхования, по дате составления счета, а также ведут учет средств, поступивших от территориальных фондов по месту страхования по оплате основных и исправленных частей счетов на оплату медицинской помощи лицам, застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации.

23. Отдел по работе с МО ежегодно перед составлением годовой бухгалтерской отчетности проводит сверку по счетам, предъявленным территориальным фондам по месту страхования за период с 1 октября предыдущего отчетного года по 30 сентября отчетного года с оформлением актов сверки на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, по форме приложения № 8 к настоящему порядку.

III. Расчеты за медицинскую помощь, оказанную в медицинских организациях других субъектов Российской Федерации лицам, застрахованным в Челябинской области

24. Отдел по работе с МО принимает от территориальных фондов ОМС по месту оказания медицинской помощи лицам, застрахованным в Челябинской области, файлы реестров счетов по оплате медицинских услуг (основная часть), а также файлы реестров счетов по оплате медицинских услуг (исправленная часть), содержащие повторно представляемую информацию по результатам дополнительного рассмотрения ранее отклоненных от оплаты случаев оказания медицинской помощи.

25. Отдел организационной работы и делопроизводства осуществляет прием и регистрацию счетов на бумажном носителе, поступивших от территориальных фондов ОМС по месту оказания медицинской помощи, в соответствии с приказом ЧОФОМС от 18.06.2009 г. № 351 «О ведении конфиденциального делопроизводства».

26. Центральная бухгалтерия и отдел по работе с МО ведут учет счетов на оплату медицинской помощи, поступивших от территориальных фондов ОМС по месту оказания медицинской помощи, по дате поступления счета на бумажном носителе.

27. Отдел по работе с МО проводит форматно-логический контроль и медико-экономический контроль счетов на оплату и при наличии причин, требующих дополнительного рассмотрения, формирует акт о причинах, требующих дополнительного рассмотрения по форме приложения № 9 к настоящему Порядку, в

котором указываются позиции счета, не принятые к возмещению полностью или частично, с указанием причин, требующих дополнительного рассмотрения, а также файл протокола обработки реестров счетов.

28. Причинами, требующими дополнительного рассмотрения отдельных позиций счета, являются случаи, изложенные в Порядке организации и проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, утвержденным приказом Федерального фонда ОМС от 01.12.2010 года № 230.

29. Отдел по работе с МО готовит приказ на оплату счетов территориальных фондов ОМС по месту оказания медицинской помощи с учетом результатов проведенного медико-экономического контроля счетов, а также возмещения средств по результатам дополнительного рассмотрения исправленных частей счетов, ранее отклоненных от оплаты, не позднее двадцати рабочих дней с даты получения основных и исправленных частей файлов реестров счетов в электронном виде.

30. Центральная бухгалтерия в соответствии с приказом на оплату счетов территориальных фондов ОМС по месту оказания медицинской помощи в срок не позднее двадцати пяти рабочих дней от даты поступления счетов в электронном виде оплату счетов за счет средств нормированного страхового запаса.

31. Отдел по работе с МО в срок не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения счета в электронном виде направляет в территориальные фонды ОМС по месту оказания медицинской помощи акты о причинах, требующих дополнительного рассмотрения, в котором указываются позиции счета, не принятые к возмещению полностью или частично, с указанием причин, требующих дополнительного рассмотрения, а также файлы обработки реестров счетов не позднее двадцати пяти рабочих дней с даты получения счета в электронном виде.

32. Отдел по работе с МО после получения от территориальных фондов ОМС по месту оказания медицинской помощи актов сверки на оплату медицинской помощи застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан полис обязательного медицинского страхования, производит сверку на соответствие данным бухгалтерского учета кредиторской задолженности.

33. При получении сведений о принятом решении исполнительным органом Фонда социального страхования Российской Федерации об оплате расходов на лечение лица, застрахованного в Челябинской области, в ситуации, когда тяжелый несчастный случай на производстве произошел за пределами Челябинской области, отдел по работе с МО не позднее десяти дней с даты получения направляет данные сведения в территориальный фонд ОМС по месту оказания медицинской помощи не позднее десяти дней с даты их получения.

Заместитель директора  
по вопросам организации ОМС



Т.И.Инсарская



Приложение № 1  
к Порядку организации проведения  
межтерриториальных расчетов  
в сфере ОМС Челябинской области

Структура файла реестра счета по оплате медицинских услуг,  
оказанных лицам, застрахованным на территории  
других субъектов Российской Федерации (Extern.dbf)

| № пп. | Имя поля   | Тип | Len | Dec | Наличие справочника   | Назначение  |
|-------|------------|-----|-----|-----|---|---|
| 1.    | NREESTR    | N   | 2   | 0   |   | Номер реестра   |
| 2.    | OKATO_OMS  | C   | 5   | 0   | Regions.dbf   | Код ОКАТО территории страхования                                      |
| 3.    | HISTORY    | C   | 9   | 0   |   | Номер талона амбулаторного пациента/<br>истории болезни               |
| 4.    | FAMILY     | C   | 40  | 0   |   | Фамилия   |
| 5.    | NAME       | C   | 40  | 0   |   | Имя   |
| 6.    | FATHER     | C   | 40  | 0   |   | Отчество  |
| 7.    | DATE       | D   | 8   | 0   |   | Дата рождения   |
| 8.    | SEX        | N   | 1   | 0   |   | Пол   |
| 9.    | STATUS     | N   | 2   | 0   |   | Социальный статус пациента  |
| 10.   | CITYSTREET | C   | 15  | 0   | Citystreet.dbf  | Код адреса  |
| 11.   | HOUSE      | N   | 4   | 0   |   | Номер дома  |
| 12.   | IND_HOUSE  | C   | 3   | 0   |   | Индекс дома   |
| 13.   | ROOM       | N   | 4   | 0   |   | Номер квартиры  |
| 14.   | IND_ROOM   | C   | 1   | 0   |   | Индекс квартиры   |
| 15.   | COD_LPU    | N   | 4   | 0   | Lpu.dbf   | Код МО в Реестре МО ЧОФОМС  |
| 16.   | COD_SMO    | C   | 5   | 0   | F002.dbf<br>(Единый реестр СМО,<br>осуществляющих<br>деятельность в<br>сфере ОМС) | Код СМО, выдавшей полис ОМС   |
| 17.   | STRAH      | C   | 70  | 0   |   | Наименование СМО, выдавшей полис ОМС                                  |
| 18.   | VPOLIC     | N   | 1   | 0   |   | Тип документа, подтверждающего факт страхования по ОМС                |
| 19.   | SERIES     | C   | 10  | 0   |   | Серия документа, подтверждающего факт страхования по ОМС              |
| 20.   | NUMBER     | C   | 20  | 0   |   | Номер документа, подтверждающего факт страхования по ОМС              |
| 21.   | FAM_P      | C   | 40  | 0   |   | Фамилия представителя пациента  |
| 22.   | NAM_P      | C   | 40  | 0   |   | Имя представителя пациента  |
| 23.   | FAT_P      | C   | 40  | 0   |   | Отчество представителя пациента                                       |
| 24.   | SEX_P      | N   | 1   | 0   |   | Пол представителя пациента  |
| 25.   | DATE_P     | D   | 8   | 0   |   | Дата рождения представителя пациента                                  |
| 26.   | MR         | C   | 11  | 0   | City.dbf  | Место рождения пациента или представителя                             |
| 27.   | C_DOC      | N   | 2   | 0   | Dostype.dbf   | Код типа документа, удостоверяющего личность пациента (представителя) |
| 28.   | S_DOC      | C   | 9   | 0   |   | Серия документа, удостоверяющего личность пациента (представителя)    |
| 29.   | N_DOC      | C   | 8   | 0   |   | Номер документа, удостоверяющего личность пациента (представителя)    |
| 30.   | SNILS      | C   | 14  | 0   |   | СНИЛС   |
| 31.   | COD_SVR    | N   | 4   | 0   | Special.dbf   | Код специальности врача (поликлиника) или код профиля койки (КС)      |
| 32.   | PLACE      | N   | 2   | 0   | Purpose.dbf   | Код места оказания медицинской помощи                                 |

|     |            |   |    |   |  |   |
|-----|------------|---|----|---|--|---|
| 33. | PURPOSE    | C | 2  | 0 | Purpose.dbf  | Код цели оказания медицинской помощи  |
| 34. | RSRCH_ID   | C | 15 | 0 | Rsrch.dbf  | Код параклинической услуги (параклиника)  |
| 35. | ORDER      | N | 2  | 0 |  | Направление (госпитализация)  |
| 36. | UET        | N | 5  | 2 |  | Количество УЕТ (стоматология, параклиника)  |
| 37. | TARIF      | N | 10 | 2 | Tarif.dbf<br>Ptarif.dbf  | Тариф   |
| 38. | DATE_TAR   | D | 8  | 0 | Tarif.dbf<br>Ptarif.dbf  | Дата начала действия тарифа   |
| 39. | DATE_BEG   | D | 8  | 0 |  | Дата начала лечения (оказания услуги)   |
| 40. | DATE_END   | D | 8  | 0 |  | Дата окончания лечения (оказания услуги)  |
| 41. | BED_DAY    | N | 3  | 0 |  | Количество посещений для поликлиники (койко-дней для стационара, пациенто-дней для дневного стационара)                   |
| 42. | ISHOD      | N | 2  | 0 | V012.dbf<br>(Классификатор исходов заболевания )                         | Исход заболевания   |
| 43. | COD_MKB0   | C | 7  | 0 | Mkb.dbf  | Код диагноза первичного (при поступлении)   |
| 44. | COD_MKB    | C | 7  | 0 | Mkb.dbf  | Код диагноза основного заболевания  |
| 45. | COD_MKB1   | C | 7  | 0 | Mkb.dbf  | Код диагноза сопутствующего заболевания   |
| 46. | SROKBER    | N | 2  | 0 |  | Срок беременности, полных недель (параклиника)  |
| 47. | RESULT     | N | 2  | 0 | V009.dbf<br>(Классификатор результатов обращения за медицинской помощью) | Результат обращения за медицинской помощью  |
| 48. | SUMMA      | N | 11 | 2 |  | Сумма оплаты оказанных услуг  |
| 49. | COD_PRER   | N | 1  | 0 | PRER.DBF   | Код незаконченного лечения  |
| 50. | BED_CARE   | N | 3  | 0 |  | Количество койко-дней по уходу  |
| 51. | TARIF_CARE | N | 10 | 2 | TARIF.DBF<br>(cod_spec=0)  | Действующий тариф по уходу (КС)   |
| 52. | DATE_CARE  | D | 8  |   | TARIF.DBF<br>(cod_spec=0)  | Дата начала действия тарифа по уходу (КС)   |
| 53. | LONG_R     | N | 1  | 0 |  | Длительность лечения в отделении реанимации   |
| 54. | COND_ID    | N | 3  | 0 | Cndptar.dbf  | Код условий применения тарифа   |
| 55. | MED_KIND   | N | 2  | 0 |  | Вид оказываемой мед. помощи: 0 – поликлиника, 1 – КС, 2 – дневной стационар при КС, 3 – дневной стационар при поликлинике |
| 56. | HEIGHT     | N | 2  | 0 |  | Рост новорожденного   |
| 57. | WEIGHT     | N | 4  | 0 |  | Вес новорожденного  |
| 58. | AMOUNT     | N | 5  | 0 |  | Количество проведенных сеансов  |
| 59. | TARIF_FF   | N | 10 | 2 | mdrn_tar.dbf   | Тариф за единицу учета мед.помощи по программе модернизации(федеральный)  |
| 60. | TARIF_TF   | N | 10 | 2 | mdrn_tar.dbf   | Тариф за единицу учета мед.помощи по программе модернизации(территориальный)  |
| 61. | DATE_TAR_M | D | 8  |   | mdrn_tar.dbf   | Дата приказа по тарифам модернизации  |
| 62. | MES_ID     | N | 2  | 0 | Mes.dbf  | Код стандарта МЭС   |
| 63. | MODEL_ID   | N | 2  | 0 | Mes_mod.dbf  | Номер модели пациента МЭС   |
| 64. | RES_MEK    | C | 50 | 0 | F014.dbf<br>(Классификатор причин отказа в оплате)                       | Код причины отказа в оплате по результатам МЭК  |

|     |            |   |   |   |             |  |
|-----|------------|---|---|---|-------------|--|
| 65. | SIZETAR_ID | N | 2 | 0 | SizeTar.dbf | Код размера тарифа (только для стационара) |
|-----|------------|---|---|---|-------------|--|

Примечания по формированию файла реестра Extern.dbf:

1. Поле NREESTR обязательно для заполнения и имеет одинаковое значение по всем записям реестра.

2. Поле OKATO\_OMS обязательно для заполнения, указывается в соответствии со справочником Regions.dbf. Для неработающих пациентов регионом страхования может быть только регион постоянной регистрации (CITYSTREET). Для новорожденных указывается регион, в котором выдан полис ОМС представителю пациента.

3. Поле HISTORY обязательно для заполнения, в нем указывается номер истории болезни / талона амбулаторного пациента / протокола параклинического обследования.

4. Поле FAMILY обязательно для заполнения, указывается в соответствии с документом, удостоверяющим личность. Для новорожденных детей до государственной регистрации рождения указывается «НЕТ».

5. Поле NAME обязательно для заполнения, указывается в соответствии с документом, удостоверяющим личность. Для новорожденных детей до государственной регистрации рождения указывается «НЕТ».

6. Поле FATHER обязательно для заполнения при его наличии, указывается в соответствии с документом, удостоверяющим личность. Для новорожденных детей до государственной регистрации рождения и при отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, указывается «НЕТ».

7. Поле DATE обязательно для заполнения, указывается в соответствии с документом, удостоверяющим личность.

8. Поле SEX обязательно для заполнения: 0 – женский пол, 1 – мужской пол.

9. Поле STATUS обязательно для заполнения: 0 – неработающий, 1 – работающий.

10. Поле CITYSTREET обязательно для заполнения, указывается адрес постоянной регистрации пациента в соответствии с документом, удостоверяющим личность. У неработающих пациентов его значения должно соответствовать коду региона страхования (OKATO\_OMS).

11. Поле HOUSE заполняется в соответствии с документом, удостоверяющим личность.

12. Поле IND\_HOUSE заполняется при наличии в соответствии с документом, удостоверяющим личность.

13. Поле ROOM заполняется при наличии в соответствии с документом, удостоверяющим личность.

14. Поле IND\_ROOM заполняется при наличии в соответствии с документом, удостоверяющим личность.

15. Поле COD\_LPU обязательно для заполнения и имеет одинаковое значения по всем записям реестра.

16. Поле COD\_SMO заполняется в соответствии со справочником F002.dbf (Единый реестр СМО, осуществляющих деятельность в сфере ОМС).

17. Поле STRAN заполняется вручную только при отсутствии СМО в справочнике F002.dbf.

18. Поле VPOLIC обязательно для заполнения: 1 – полис ОМС старого образца (полис, выданный до 01.05.2011 г.); 2 – временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса ОМС; 3 – полис ОМС единого образца (полис, выданный с 01.05.2011 г.).

19. Поле SERIES заполняется при наличии серии в документе, подтверждающем право на обязательное медицинское страхование. Для полиса единого образца (VPOLIC=3) поле не заполняется, для временного свидетельства (VPOLIC=2) поле обязательно для заполнения.

20. Поле NUMBER обязательно для заполнения, заполняется в соответствии с документом, подтверждающим факт страхования по ОМС.

21. Поле FAM\_P заполняется только для новорожденного пациента без государственной регистрации. Фамилия представителя пациента указывается в соответствии с документом, удостоверяющим личность представителя пациента.

22. Поле NAM\_P заполняется только для новорожденного пациента без государственной регистрации. Имя представителя пациента указывается в соответствии с документом, удостоверяющим личность представителя пациента.

23. Поле FAT\_P заполняется только для новорожденного пациента без государственной регистрации. Отчество представителя пациента указывается в соответствии с документом, удостоверяющим личность представителя пациента. При отсутствии отчества указывается «НЕТ».

24. Поле SEX\_P заполняется только для новорожденного пациента без государственной регистрации. Пол представителя пациента указывается в соответствии с документом, удостоверяющим личность представителя пациента.

25. Поле DATE\_P заполняется только для новорожденного пациента без государственной регистрации. Дата рождения представителя пациента указывается в соответствии с документом, удостоверяющим личность представителя пациента.

26. Поле MR заполняется в соответствии с документом, удостоверяющим личность. При заполненных данных представителя пациента указывается место рождения представителя пациента. Является условно-обязательным для заполнения.

27. Поле C\_DOC обязательно для заполнения. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС (VPOLIC=3).

28. Поле S\_DOC обязательно для заполнения. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС (VPOLIC=3).

29. Поле N\_DOC обязательно для заполнения. Может не заполняться только при указании полиса ОМС единого образца в качестве документа, подтверждающего факт страхования по ОМС (VPOLIC=3).

(в полях C\_DOC, S\_DOC, N\_DOC указываются данные документа, удостоверяющего личность пациента, а при оказании медицинской помощи новорожденному без государственной регистрации – данные документа, удостоверяющего личность представителя пациента)

30. Поле SNILS является условно-обязательным для заполнения. Указывается номер СНИЛС с разделителями при наличии его у пациента.

31. Поле COD\_SVR обязательно для заполнения только в файлах реестров по поликлинике и стационару в соответствии со справочником Special.dbf.

32. Поле PLACE обязательно для заполнения в соответствии со справочником Purpose.dbf.

33. Поле PURPOSE обязательно для заполнения в соответствии со справочником Purpose.dbf.

34. Поле RSRCH\_ID обязательно для заполнения только в файлах реестров параклинических услуг в соответствии со справочником Rsrch.dbf.

35. Поле ORDER обязательно для заполнения только в файлах реестров услуг стационара по медицинским услугам, оказанным в круглосуточном стационаре: 1 – плановая госпитализация; 2 – экстренная госпитализация.

36. Поле UET обязательно для заполнения в файлах реестров услуг поликлиники только по случаям оказания стоматологической помощи, а также в файлах реестров параклинических услуг.

37. Поле TARIFF обязательно для заполнения в соответствии со справочником Tarif.dbf в файлах реестров услуг поликлиники и стационара, в соответствии со справочником Ptarif.dbf в файлах реестров параклинических услуг.

38. Поле DATE\_TAR обязательно для заполнения в соответствии со справочником Tarif.dbf в файлах реестров услуг поликлиники и стационара, в соответствии со справочником Ptarif.dbf в файлах реестров параклинических услуг. В файлах реестров услуг стационара результат обращения за медицинской помощью указывается только по записи выписного профиля.

39. Поле DATE\_BEG обязательно для заполнения. Указывается дата начала лечения (оказания услуги).

40. Поле DATE\_END обязательно для заполнения. Указывается дата окончания лечения (оказания услуги).

41. Поле BED\_DAY обязательно для заполнения. В нем указывается число посещений (поликлиника, в т.ч. при оказании стоматологической помощи), число койко-дней (круглосуточный стационар, кроме профилей реанимации), число дней лечения (профили реанимации круглосуточного стационара), число пациенто-дней (дневные стационары всех типов).

42. Поле ISHOD обязательно для заполнения в соответствии со справочником V012.dbf (Классификатор исходов заболевания).

43. Поле COD\_MKB0 заполняется при наличии сведений о диагнозе при поступлении (направившего учреждения).

44. Поле COD\_MKB обязательно для заполнения. Указывается код диагноза основного заболевания из справочника действующей МКБ до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ).

45. Поле COD\_MKB1 заполняется в случае установления диагноза сопутствующего заболевания. Указывается код диагноза сопутствующего заболевания из справочника действующей МКБ до уровня подрубрики (с обязательным указанием четвертого знака при его наличии в справочнике МКБ).

46. Поле SROKBER заполняется только в файлах реестров параклинических услуг по случаям пренатальной диагностики. Указывается число полных недель срока беременности на момент проведения обследования.

47. Поле RESULT обязательно для заполнения. Указывается результат обращения за медицинской помощью в соответствии со справочником V009.dbf (Классификатор результатов обращения за медицинской помощью). В файлах реестров услуг стационара результат обращения за медицинской помощью указывается только по записи выписного профиля.

48. Поле SUMMA обязательно для заполнения. Значение этого поля должно соответствовать тарифу и объему оказанного вида помощи.

49. Поле COD\_PRER заполняется в соответствии со справочником Prer.dbf только по записям выписного профиля в реестрах услуг стационара – при незаконченном случае лечения.

50. Поле BED\_CARE заполняется только в случаях госпитализации по уходу за ребенком – в реестрах услуг стационара по записям выписных детских профилей (кроме профилей новорожденных и детской реанимации).

51. Поле TARIF\_CARE заполняется только при указании числа койко-дней по уходу за ребенком (BED\_CARE). Указывается тариф койки по уходу за ребенком (cod\_spec=0) в соответствии со справочником Tarif.dbf.

52. Поле DATE\_CARE заполняется только при указании числа койко-дней по уходу за ребенком (BED\_CARE). Указывается дата начала действия тарифа койки по уходу за ребенком (cod\_spec=0) в соответствии со справочником Tarif.dbf.

53. Поле LONG\_R заполняется только в реестрах услуг стационара в случаях оказания медицинской помощи с реанимацией по всем профилям, кроме реанимационных. Указываются значения в зависимости от длительности пребывания в отделении реанимации: 0 – нет реанимации, 1 – до 1 суток, 2 – от 2 до 4 суток, 3 – более 4 суток.

54. Поле COND\_ID заполняется в соответствии со справочником Cndptar.dbf только в реестрах параклинических услуг в случае применения анестезиологического сопровождения при исследованиях на рентгеновских компьютерных и магнитно-резонансных томографах.

55. Поле MED\_KIND заполняется только в реестрах параклинических услуг. Указывается вид основной медицинской помощи, при оказании которой оказана данная параклиническая услуга: 0 – поликлиника, 1 – круглосуточный стационар, 2 – дневной стационар при КС, 3 – дневной стационар при поликлинике.

56. Поле HEIGHT заполняется только в реестрах услуг стационара по профилям для новорожденных и реанимации новорожденных. Указывается значения роста новорожденного при рождении.

57. Поле WEIGHT заполняется только в реестрах услуг стационара по профилям для новорожденных и реанимации новорожденных. Указывается значения массы тела новорожденного при рождении.

58. Поле AMOUNT заполняется только в реестрах параклинических услуг. Указывается количество проведенных сеансов гемодиализа и перитонеального диализа. По остальным видам параклинических услуг указывается значение 1.

59. Поле TARIF\_FF заполняется в соответствии с Тарифным соглашением от 18.05.2011 г. № 478-ОМС – федеральная составляющая тарифа за единицу учета медицинской помощи, оказанной в рамках областной целевой программы модернизации здравоохранения.

60. Поле TARIF\_TF заполняется в соответствии с Тарифным соглашением от 18.05.2011 г. № 478-ОМС – территориальная составляющая тарифа за единицу учета медицинской помощи, оказанной в рамках областной целевой программы модернизации здравоохранения.

61. Поле DATE\_TAR\_M заполняется в соответствии с Тарифным соглашением от 18.05.2011 г. № 478-ОМС.

62. Поле MES\_ID заполняется в соответствии с Тарифным соглашением от 18.05.2011 г. № 478-ОМС.

63. Поле MODEL\_ID заполняется в соответствии с Тарифным соглашением от 18.05.2011 г. № 478-ОМС.

64. Поле RES\_MEK не заполняется. В нем указывается результат медико-экономического контроля, проведенного отделом по работе с МО.

65. Поле SIZETAR\_ID заполняется только по случаям оказания медицинской помощи в стационаре. В нем указывается размер примененного тарифа при оплате случая в размере 40% либо 10%.

Протокол форматно-логического контроля  
реестра счета на оплату медицинской помощи, оказанной лицам,  
застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации

Дата проведения ФЛК: « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Наименование МО:

Номер реестра счета: \_\_\_\_\_

Период оказанной медицинской помощи:

Вид оказанной МП (поликлиника, стационар, параклиника)

Результаты форматно-логического контроля:

| Номер записи в реестре счета | Номер и серия документа, удостоверяющего право на ОМС | Код ошибки | Содержание ошибки |
|------------------------------|---|------------|-------------------|
|                              |   |            |                   |
|                              |   |            |                   |
|                              |   |            |                   |

Специалист отдела по работе с МО \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)



**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)

Сумма \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_  
(прописью)

**ИТОГО (с учетом коэффициента индексации):**

Сумма \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_  
(прописью)

В том числе за счет средств областной целевой Программы модернизации здравоохранения  
Челябинской области на 2011-2012 годы:

за счет субсидий ФФОМС \_\_\_\_\_ рублей \_\_\_\_\_  
(прописью)

за счет средств ЧОФОМС \_\_\_\_\_ 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 аккредитации (категория): \_\_\_\_

Принят к оплате ЧОФОМС

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_  
(специалист отдела по работе с МО)

РЕЕСТР СЧЕТА № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации и код ОГРН в соответствии с ЕГРЮЛ)

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

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

| № позиции реестра | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | Пол | Дата рождения | Место рождения | Данные документа, удостоверяющего личность | СНИЛС (при наличии) | № полиса ОМС | Вид оказанной МП (код) | Диагноз в соответствии с МКБ-Х | Дата начала лечения | Дата окончания лечения | Объемы оказанной МП | Профиль оказанной МП (код) | Специальность мед. работника, оказавшего МП (код) | Тариф на оплату МП (ФФОМС) | Стоимость оказанной МП (ФФОМС) | Тариф на оплату МП (ЧОФОМС) | Стоимость оказанной МП (ЧОФОМС) | Результат обращения за МП (код) |  |
|-------------------|--------------------------------------|-----|---------------|----------------|--|---------------------|--------------|------------------------|--------------------------------|---------------------|------------------------|---------------------|----------------------------|---|----------------------------|--------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| 1                 |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 2                 |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 3                 |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 4                 |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 5                 |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 6                 |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 7                 |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 8                 |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 9                 |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 10                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 11                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 12                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 13                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 14                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 15                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 16                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 17                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 18                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 19                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |
| 20                |                                      |     |               |                |  |                     |              |                        |                                |                     |                        |                     |                            |   |                            |                                |                             |                                 |                                 |  |

Руководитель медицинской  
организации \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_

**Сведения об оплате счетов  
на оплату медицинской помощи, оказанной лицам,  
застрахованным на территории других субъектов Российской Федерации**

Наименование МО: \_\_\_\_\_

Период оказания  
медицинской помощи: \_\_\_\_\_

Номера счетов: \_\_\_\_\_

(руб.)

| Наименование показателя  | Сумма<br>(ФФОМС) | Сумма<br>(ЧОФОМС) |
|--|------------------|-------------------|
| Общая сумма средств на оплату медицинской помощи по предъявленным счетам на месяц, в том числе:  |                  |                   |
| по поликлинике   |                  |                   |
| по стационару  |                  |                   |
| Сумма средств, отклоненных от оплаты по результатам контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, проведенного ЧОФОМС: |                  |                   |
| по поликлинике   |                  |                   |
| по стационару  |                  |                   |
| - по результатам медико-экономического контроля:   |                  |                   |
| по поликлинике   |                  |                   |
| по стационару  |                  |                   |
| - по результатам медико-экономической экспертизы:  |                  |                   |
| по поликлинике   |                  |                   |
| по стационару  |                  |                   |
| - по результатам экспертизы качества медицинской помощи:   |                  |                   |
| по поликлинике   |                  |                   |
| по стационару  |                  |                   |
| Сумма средств, не принятых к оплате территориальными фондами по месту страхования по ранее выставленным счетам:  |                  |                   |
| по поликлинике   |                  |                   |
| по стационару  |                  |                   |
| Сумма средств, возмещенных территориальными фондами по месту страхования по результатам дополнительного рассмотрения ранее не принятых к оплате счетов:  |                  |                   |
| по поликлинике   |                  |                   |
| по стационару  |                  |                   |
| Перечисленная сумма средств:   |                  |                   |
| по поликлинике   |                  |                   |
| по стационару  |                  |                   |

Сведения о причинах, не принятых к оплате территориальными фондами по месту страхования по ранее выставленным счетам:

| Наименование территориального фонда по месту страхования | Номер полиса обязательного медицинского страхования, дата оказания МП | Сумма по счету (руб.) | Сумма, не принятая к оплате терр. фондом по месту страх. (руб.) | Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код) |
|--|---|-----------------------|---|---|
| 1  | 2   | 3                     | 4   | 5   |
|  | Итого:  |                       |   |   |

Сведения о средствах, возмещенных территориальными фондами по месту страхования по результатам дополнительного рассмотрения ранее не принятых к оплате счетов:

| Наименование территориального фонда по месту страхования | Номер полиса обязательного медицинского страхования, дата оказания МП | Сумма, не принятая к оплате терр. фондом по месту страх. (руб.) | Сумма, возмещенная терр. фондом по месту страхования (руб.) | Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код) |
|--|---|---|---|---|
| 1  | 2   | 3   | 4   | 5   |
|  | Итого:  |   |   |   |

Заместитель начальника отдела по работе с МО \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Приложение № 6  
к Порядку организации проведения  
межтерриториальных расчетов  
в сфере ОМС Челябинской области

СЧЕТ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

на оплату медицинской помощи, оказанной в медицинских организациях Челябинской области  
лицам, получившим полис обязательного медицинского страхования на территории

\_\_\_\_\_ (наименование субъекта Российской Федерации)

за период с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_

Вид информации: 0 - основная, 1 - исправленная (нужное указать)

| № позиции счета | Фамилия, имя, отчество (при наличии) | Пол | Дата рождения | Место рождения | Данные документа, удостоверяющего личность | № полиса обязательного медицинского страхования | Вид оказанной медицинской помощи (код) | Диагноз в соответствии с МКБ-10 | Дата начала лечения | Дата окончания лечения | Объемы оказанной медицинской помощи | Профиль оказанной медицинской помощи (код) | Специальность работника, оказавшего медицинскую помощь (код) | Тариф на оплату медицинской помощи | Стоимость оказанной медицинской помощи | Результат обращения за медицинской помощью (код) |
|-----------------|--------------------------------------|-----|---------------|----------------|--|---|--|---------------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--|
| 1               | 2                                    | 3   | 4             | 5              | 6  | 7   | 8                                      | 9                               | 10                  | 11                     | 12                                  | 13   | 14   | 15                                 | 16                                     | 17   |

Директор ЧОФОМС \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

М.П.

Исполнитель \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_

(подпись, расшифровка подписи)

Дата \_\_\_\_\_

Приложение № 7  
к Порядку организации проведения  
межтерриториальных расчетов  
в сфере ОМС Челябинской области

УТВЕРЖДАЮ  
Директор ЧОФОМС  
М.Г.Вербитский  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

АКТ №\_\_ от\_\_  
о причинах, не принятых к возмещению по выставленному счету

\_\_\_\_\_ (наименование территориального фонда по месту выдачи полиса ОМС)

по счету №\_\_ от\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№\_\_

Мы, нижеподписавшиеся,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество начальника отдела по работе с МО)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество специалиста отдела по работе с МО)

на основании актов о причинах, требующих дополнительного рассмотрения,  
полученных от

\_\_\_\_\_ (наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту страхования)

составили настоящий Акт о том, что сумма, не принятая к возмещению, составляет:

| № позиции счета | Номер полиса обязательного медицинского страхования | Сумма по счету (руб.) | Сумма не принятая к оплате (руб.) | Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код) |
|-----------------|---|-----------------------|-----------------------------------|---|
| 1               | 2   | 3                     | 4                                 | 5   |
|                 | Итого:  |                       |                                   |   |

Начальник отдела по работе с МО \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Специалист отдела по работе с МО \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

АКТ

сверки счетов на оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам за пределами субъекта Российской Федерации, на территории которого выдан страховой медицинский полис обязательного медицинского страхования, по состоянию на

| Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту оказания медицинской помощи |                |                        |   |                                 |  | Территориальный фонд обязательного медицинского страхования по месту выдачи полиса обязательного медицинского страхования |                |              |                        |   |                                 |  |                                   |                |              |
|--|----------------|------------------------|---|---------------------------------|--|---|----------------|--------------|------------------------|---|---------------------------------|--|-----------------------------------|----------------|--------------|
| сальдо на начало отчетного периода   | № и дата счета | но-мер счета, та, дата | суммы счетов, предъявленных к возмещению (руб.) | суммы счетов возмещенных (руб.) | суммы счетов, отказанных в возмещении (руб.) | сальдо на конец отчетного периода   | № и дата счета | сумма (руб.) | но-мер счета, та, дата | суммы счетов, предъявленных к возмещению (руб.) | суммы счетов возмещенных (руб.) | суммы счетов, отказанных в возмещении (руб.) | сальдо на конец отчетного периода | № и дата счета | сумма (руб.) |
|  |                |                        |   |                                 |  |   |                |              |                        |   |                                 |  |                                   |                |              |
| 1  | 2              | 3                      | 4   | 5                               | 6  | 7   | 8              | 9            | 10                     | 11  | 12                              | 13   | 14                                | 15             | 16           |
|  |                |                        |   |                                 |  |   |                |              |                        |   |                                 |  |                                   |                |              |
| Итого:   |                |                        |   |                                 |  |   |                |              |                        |   |                                 |  |                                   |                |              |

Директор ЧОФОМС \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

М.П.

Директор территориального фонда  
по месту выдачи полиса \_\_\_\_\_ (подпись)  
М.П.

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Главный бухгалтер \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

УТВЕРЖДАЮ  
Директор ЧОФОМС  
М.Г.Вербитский  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

АКТ № \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
о причинах, требующих дополнительного рассмотрения  
по счету № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_, полученному

от \_\_\_\_\_  
(наименование территориального фонда по месту оказания медицинской помощи)

Мы, нижеподписавшиеся,

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество начальника отдела по работе с МО)

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество специалиста отдела по работе с МО)

на основании проведенного медико-экономического контроля реестра счета,  
представленного

\_\_\_\_\_  
(наименование территориального фонда обязательного медицинского страхования по месту  
оказания медицинской помощи)

составили настоящий Акт о том, что дополнительного рассмотрения требуют  
следующие позиции реестра:

| № позиции счета | Номер полиса обязательного медицинского страхования | Сумма по счету (руб.) | Сумма, не принятая к оплате (руб.) | Дефект, нарушение в соответствии с порядком организации и проведения контроля (код) |
|-----------------|---|-----------------------|------------------------------------|---|
| 1               | 2   | 3                     | 4                                  | 5   |
|                 | Итого:  |                       |                                    |   |

Начальник отдела по работе с МО \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)

Специалист отдела по работе с МО \_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка подписи)