Информация об оформлении уведомления об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования на территории Челябинской области в 2018 году.

Уведомление оформляется от имени руководителя медицинской организации (должность, ФИО, сокращенное наименование медицинской организации (далее - МО).

В предложении «Прошу включить\_\_\_\_\_\_» необходимо указывать **полное наименование МО.**

При заполнении сведений о МО для включения в реестр МО, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования необходимо учитывать:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное наименование медицинской организации | 11 | В соответствии с данными, указанными в выписке ЕГРЮЛ |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 11.1 | **Заполняется только для индивидуального предпринимателя**  В соответствии с данными, указанными в выписке ЕГРИП |
| Краткое наименование медицинской организации | 22 | В соответствии с данными, указанными в выписке ЕГРЮЛ |
| Адрес (место) нахождения медицинской организации | 33 | Заполняется в следующем порядке:  Почтовый индекс, Субъект РФ, город/район, населенный пункт, улица (проспект, переулок, и т.д.), номер дома, корпус (строение) |
| Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 33.1 | **Заполняется только для индивидуального**  **предпринимателя**  Заполняется в следующем порядке:  Почтовый индекс, Субъект РФ, город/район, населенный пункт, улица (проспект, переулок, и т.д.), номер дома, корпус (строение) |
| Код причины постановки на учет (КПП) | 44 | В соответствии с данными, указанными в выписке ЕГРЮЛ |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 55 | В соответствии с данными, указанными в выписке ЕГРЮЛ |
| Организационно-правовая форма медицинской организации | 66 | В соответствии с данными, указанными в выписке ЕГРЮЛ, уведомлении статистики |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты | 77 | ФИО  Тел./Факс.  В случает если факс и телефон совпадают необходимо указывать (**тел./факс**.)  В случае если факс отсутствует  (факс: **отсутствует**)  Необходимо указывать действующий адрес электронной почты |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, занимающегося частной медицинской практикой | 77.1 | **Заполняется только для индивидуального предпринимателя**  Тел.  Факс.  В случает если факс и телефон совпадают необходимо указывать (**тел./факс**.)  В случае если факс отсутствует  (факс: **отсутствует**)  Необходимо указывать действующий адрес электронной почты |
| Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность | 88 | В соответствии с данными, указанными в лицензии на осуществления медицинской деятельности.  **Перечисляются все лицензии, действующие на дату подачи Уведомления** |
| Виды медицинской помощи, оказываемой в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования | 99 | **Первичная медико-санитарная помощь;**  **специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;**  **скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь**  (Работы (услуги) составляющие медицинскую деятельность перечислять не требуется) |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 110 | Приложение к [строке 10](#P167) Уведомления |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 111 | Приложение к [строке 11](#P216) Уведомления |
| 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-статистических групп/клинико-профильных групп по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 112 | Приложение к [строке 12](#P275) Уведомления  **Не заполняется медицинскими организациями, ранее не осуществлявшими деятельность в сфере обязательного медицинского страхования** |
| Численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 113 | Приложение к [строке 13](#P475) Уведомления |
| 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, КСГ/КПГ по детскому и взрослому населению | 114 | Приложение к [строке 14](#P525) Уведомления |

Срок действия выписки из ЕГРЮЛ должен составлять не более 30 дней со дня ее выдачи.

Срок действия выписки из ЕГРИП должен составлять не более 30 дней со дня ее выдачи.

Копия лицензии на осуществление медицинской деятельности предоставляется со всеми приложениями.

Лицензии на осуществление медицинской деятельности указанные в реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Московской области, размещенном на официальном сайте ТФОМС МО в сети Интернет в разделе Документы/Справочники/Реестр медицинских организаций **предоставлять не требуется**.

Уведомление подписывается руководителем медицинской организации с указанием даты и заверяется печатью медицинской организации.

Копии документов заверяются подписью руководителя МО и печатью МО.