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 (или лицензии МО) |
| 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 (или лицензии МО) |
| Краткое наименование медицинской организации | 22 | В соответствии с данными, указанными в выписке ЕГРЮЛ (или лицензии МО) |
| 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 Свидетельстве Федеральной налоговой службе «О постановке на учет Российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения» |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 55 | В соответствии с данными, указанными в Свидетельстве Федеральной налоговой службе «О постановке на учет Российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения» |
| 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 | ФИОТел./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 доврачебная медико-санитарная помощь;- первичная врачебная медико-санитарная помощь; - первичная специализированная медико-санитарная помощь; - скорая специализированная медико-санитарная помощь; - специализированная медицинская помощь:-высокотехнологичная медицинская помощь;(Указываются только виды медицинской помощи, которые МО намерена оказывать в рамках ОМС. 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) УведомленияНа основании сведений регионального сегмента единого регистра застрахованных лиц по состоянию на 01 апреля текущего года. Медицинские организации, не имеющие прикрепленного населения, данное приложение не заполняют. В соответствующей строке уведомления делается запись, что прикрепленного населения не имеет. |
| 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 |

**К Уведомлению прикладываются копии следующих документов**:

 - выписка из ЕГРЮЛ (для ИП – ЕГРИП);

 - свидетельство о постановке на учет юридического лица в налоговом органе по месту нахождения на территории Российской Федерации;

 - приказ о назначении руководителя медицинской организации;

- уведомление территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Челябинской области с актуальными кодами по общероссийским классификаторам;

- лицензия на осуществление медицинской деятельности представляется со всеми приложениями. Лицензии на осуществление медицинской деятельности, указанные в Реестре медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Челябинской области, размещенном на официальном сайте ТФОМС Челябинской области в сети Интернет в разделе: Документы/Справочники/Реестр медицинских организаций **представлять не требуется**.

 - устав медицинской организации;

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

Копии документов заверяются подписью руководителя МО и печатью МО.