

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КАРАЧАЕВО-ЧЕРКЕССКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

П Р И К А З

от 06, 02.2018

№ 34

г. Черкесск

«О внесении изменений в приказ
ТФОМС КЧР от 01.10.14 № 143
«Об утверждении образцов форм».

Во исполнения Тарифного соглашения на оплату медицинских услуг,
оказываемых в объеме Территориальной программы ОМС на 2018 год

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. В пункте 1, подпункт 1.12. – Форма счета на оплату, оказанной застрахованным лицам (подушевое финансирование) изложить в новой редакции, согласно приложения к настоящему приказу.
2. Начальнику отдела автоматизации информационного обеспечения (И.А.Солдатов) разместить данный приказ на сайте ТФОМС КЧР и информировать участников ОМС на территории КЧР.
3. Ведущему специалисту отдела по кадровому и организационно-техническому обеспечению (Т.Д.Пономарева) ознакомить ответственных специалистов с настоящим приказом под подпись.
4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя директора по организации ОМС (А.Г.Писарева).

Директор



А.С.Джанкезов

Счет на оплату № _____ от
(подушевое финансирование)

На оплату медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам
за период _____

Поставщик:

Адрес:

Получатель:

Адрес:

ИНН покупателя:

Уровень МО:

Медицинская помощь, оказанная застрахованным по ОМС	Утвержденные объемы за отчетный период (1/3 квартальн.)	Выполненные объемы за отчетный период	Подушевой норматив финансирования (руб.)	Кол-во прикрепленного/застрахованного населения (человек)	Сумма к оплате (руб.) (гр.4хгр.5)
1	2	3	4	5	6
Первичная медико-санитарная помощь, оказанная в амбулаторных условиях					
Скорая медицинская помощь, оказанная вне медицинского учреждения	*	*			
ИТОГО:			*	*	

НДС не облагается в соответствии со ст.149 п.2 Налогового Кодекса РФ

Руководитель МО

Главный бухгалтер МО

(подпись)

(расшифровка подписи)

(подпись)

(расшифровка подписи)

МП

* - графы не заполняются