Директору ТФОМС КБР

З.М. Бгажноковой

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

 руководителя медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

наименование медицинской организации

УВЕДОМЛЕНИЕ

об осуществлении деятельности в сфере обязательного

медицинского страхования

Прошу включить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование медицинской организации)

 в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере

 обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики в 2019г.

Сведения о медицинской организации для включения в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное наименование медицинской организации | 1 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 1.1 |  |
| Краткое наименование медицинской организации | 2 |  |
| Адрес (место) нахождения медицинской организации | 3 |  |
| Адрес (место) нахождения индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 3.1 |  |
| Код причины постановки на учет (КПП) | 4 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 5 |  |
| Организационно-правовая форма медицинской организации  | 6 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты  | 7 |  |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 7.1 |  |
| Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия разрешения на медицинскую деятельность  | 8 |  |
| Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования | 9 | Перечень видов медицинской помощи для заполнения строки 9 уведомления (указать виды в соответствии с лицензией):1. Первичная медико-санитарная помощь1.1 Первичная доврачебная медико-санитарная помощь1.2 Первичная врачебная медико-санитарная помощь1.3 Первичная специализированная медико-санитарная помощь2. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь3. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь3.1 Специализированная медицинская помощь3.2 Высокотехнологичная медицинская помощь |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 10 | Сведения представляются в форме прилагаемых таблиц (10.1, 10.2) |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 11 | Сведения представляются в форме прилагаемой таблицы (11)  |
| 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 (далее – КСГ/КПГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 12 | Сведения представляются в форме прилагаемых таблиц (12.1, 12.2, 12.3, 12.4, 12.5) |
| Численность прикрепившихся застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 13 | Сведения представляются в форме прилагаемой таблицы (13) |
| 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 | 14 | Сведения представляются в форме прилагаемых таблиц (14.1, 14.2, 14.3, 14.4, 14.5, 14.6, 14.7) |

Копии разрешения на медицинскую деятельность прилагаются.

С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного

 медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель медицинской

организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (число, месяц, год)