Директору ТФОМС

Ненецкого автономного округа

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

фамилия, имя, отчество

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 Ненецкого автономного округа на 20\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ год.

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Полное и сокращенное (при наличии) наименования медицинской организации в соответствии с выпиской из ЕГРЮЛ | 1 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии) индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность, в соответствии с выпиской из ЕГРИП | 2 |  |
| Место нахождения и адрес медицинской организации | 3 |  |
| Место нахождения и адрес филиала (представительства) медицинской организации | 4 |  |
| Место нахождения и адрес индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 5 |  |
| Код причины постановки на учет (КПП) (для филиалов (представительств) в соответствии со свидетельством о постановке на учет российской организации в налоговом органе по месту ее нахождения) | 6 |  |
| Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН) | 7 |  |
| Государственный регистрационный номер записи о создании юридического лица (ОГРН) | 8 |  |
| Организационно-правовая форма медицинской организации и код организационно-правовой формы (ОКОПФ) медицинской организации в соответствии с уведомлением об идентификационных кодах по ОК ТЭИ | 9 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя, адрес электронной почты  | 10 |  |
| Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона и факс руководителя, адрес электронной почты филиала (представительства) медицинской организации | 11 |  |
| Номер телефона, факс и адрес электронной почты индивидуального предпринимателя, осуществляющего медицинскую деятельность | 12 |  |
| Наименование, номер, дата выдачи и дата окончания действия лицензии на медицинскую деятельность  | 13 |  |
| Виды медицинской помощи, оказываемые в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования в разрезе условий оказания и профилей медицинской помощи | 14 |  |
| Мощность коечного фонда медицинской организации в разрезе профилей | 15 | Сведения предоставляются в форме прилагаемых таблиц (15.1, 15.2, 15.3) |
| Мощность медицинской организации (структурных подразделений), оказывающей первичную медико-санитарную помощь, в разрезе профилей и врачей-специалистов | 16 | Сведения предоставляются в форме прилагаемой таблицы (16) |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы медицинской помощи по видам и условиям в разрезе профилей, специальностей, клинико-профильных / клинико-статистических групп заболеваний (далее – КПГ/КСГ) по детскому и взрослому населению, а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета медицинской организации (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 17 | Сведения предоставляются в форме прилагаемых таблиц (17.1, 17.2, 17.3, 17.4, 17.5, 17.6) |
| Численность застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию для оказания первичной медико-санитарной помощи (в разрезе половозрастных групп) | 18 | Сведения предоставляются в форме прилагаемой таблицы (18) |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах медицинской помощи на плановый год по видам и условиям оказания медицинской помощи, в разрезе профилей, врачей-специалистов, количеству вызовов скорой медицинской помощи, КПГ/КСГ по детскому и взрослому населению | 19 | Сведения предоставляются в форме прилагаемых таблиц (19.1, 19.2, 19.3, 19.4, 19.5, 19.6) |
| Численность застрахованных лиц в медицинской организации для оказания скорой, в том числе скорой специализированной медицинской помощи, территория их обслуживания (в разрезе половозрастных групп) | 20 | Сведения предоставляются в форме прилагаемой таблицы (20) |
| Виды диагностических и (или) консультативных услуг для медицинских организаций, оказывающих только диагностические и (или) консультативные услуги, взрослому и детскому населению в соответствии с лицензией на осуществление медицинской деятельности и которым не может быть определен объем медицинской помощи в показателях, установленных территориальной программой | 21 |  |
| Фактически выполненные за предыдущий год (по ежегодным статистическим данным медицинской организации) объемы диагностических и (или) консультативных услуг взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг (приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 13.10.2017 №804н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг»), а также объемы их финансирования по данным бухгалтерского учета (за исключением медицинских организаций, ранее не осуществлявших деятельность в сфере обязательного медицинского страхования) | 22 | Сведения предоставляются в форме прилагаемой таблицы (22) |
| Предложения о планируемых к выполнению объемах диагностических и (или) консультативных услуг на плановый год взрослому и детскому населению, согласно номенклатуре медицинских услуг | 23 | Сведения предоставляются в форме прилагаемой таблицы (23) |

Копии разрешения на медицинскую деятельность прилагается.

С условиями осуществления деятельности в сфере обязательного

 медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель медицинской

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

 (подпись) (расшифровка подписи)

М.П.

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

 (число, месяц, год)

**Рекомендуемый перечень документов, подтверждающих сведения, указанные в Уведомлении о включении в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
на территории Ненецкого автономного округа**

**Для юридических лиц:**

1. Устав организации;
2. Свидетельство о государственной регистрации юридического лица (с присвоением Основного государственного регистрационного номера ОГРН);
3. Свидетельство о постановке на учет юридического лица в налоговом органе по месту нахождения на территории Российской Федерации (с присвоением юридическому лицу ИНН/КПП);
4. Выписка из Единого государственного реестра юридических лиц (должна быть получена не ранее 30 дней до даты подачи Уведомления);
5. Уведомление (информационное письмо) территориального органа Федеральной службы государственной статистики с присвоением кодов общероссийских классификаторов (организационно-правовых форм - ОКОПФ);
6. Приказ о назначении руководителя организации;
7. Лицензия на осуществление медицинской деятельности.

В случае изменений, вносимых в учредительные документы юридического лица, медицинская организация должна представить Свидетельство Федеральной налоговой службы о внесении записи в Единый государственный реестр юридических лиц о государственной регистрации внесенных изменений.

**Для филиала (обособленного подразделения) медицинской организации**: дополнительно необходимо представить копию Положения о филиале или приказ о создании обособленного подразделения и копию доверенности на руководителя филиала (обособленного подразделения).

**Для индивидуального предпринимателя:**

1. Свидетельство о государственной регистрации индивидуального предпринимателя (с присвоением Основного государственного регистрационного номера индивидуального предпринимателя – ОРГНИП);
2. Свидетельство о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства на территории Российской Федерации или Уведомление о постановке на учет в налоговом органе физического лица по месту жительства (с присвоением физическому лицу ИНН);
3. Выписка из Единого государственного реестра индивидуальных предпринимателей (должна быть получена не ранее 30 дней до даты подачи Уведомления);
4. Лицензия на осуществление медицинской деятельности.

Согласно п. 106 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н, **документы предоставляются в виде копий, заверенные подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации.**

**С 01 января 2011 года** в соответствии с п. 7 ст. 34 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее - Федеральный закон 326-ФЗ) ТФОМС НАО ведет реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.

   В соответствии с главой VII Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 № 108н (далее – Правила), медицинской организации для включения ее в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, необходимо **в срок до 1 сентября года, предшествующего году, в котором медицинская организация намерена осуществлять деятельность** в сфере обязательного медицинского страхования, предоставить в ТФОМС НАО уведомление на бумажном носителе и копии документов, **заверенные подписью руководителя медицинской организации и печатью медицинской организации.**

Включение  медицинской организации в реестр носит уведомительный характер и указанные документы подаются медицинскими организациями  **ежегодно.**

Для осуществления деятельности **в 2020 году** уведомление и указанный пакет документов **представляются медицинскими организациями с 01 января 2019 года до 01 сентября 2019 года.**

В день получения документов ТФОМС НАО осуществляет их проверку, при установлении соответствия данных вносит медицинскую организацию в реестр медицинских организаций и присваивает (или подтверждает  полученный ранее) реестровый номер. Представитель медицинской организации вправе присутствовать при проверке соответствия документов и сведений, указанных в уведомлении.   Присвоенный медицинской организации реестровый номер ТФОМС НАО не позднее двух рабочих дней с даты присвоения (или подтверждения), направляет на указанный в уведомлении медицинской организации электронный адрес.

Прием уведомлений и копий документов от медицинских организаций производится по адресу: 166000, г. Нарьян-Мар ул. им А. П. Пырерко, д.15.

Часы приема документов:

- с понедельника по четверг с 8.30 до 17.30, перерыв с 12.30 - 13.30.;

- в пятницу с 8.30 – 12.30.

Медицинская организация, включенная в реестр медицинских организаций на основании уведомления, направленного в ТФОМС НАО, **до заключения договора** с СМО на оказание и оплату медицинской помощи по ОМС может направить в ТФОМС НАО уведомление об **исключении из реестра**.

В соответствии с п. 110 Правил, для актуализации реестра медицинских организаций, в **случае изменения сведений о медицинской организации**, указанных в уведомлении, медицинская организация **в течение двух рабочих дней** с даты наступления этих изменений, направляет в ТФОМС НАО в письменной форме новые сведения и документы, подтверждающие внесенные изменения. Указанная актуализация сведений о медицинской организации производится в течение всего года, в котором медицинская организация осуществляет деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.