Приложение №9

к Порядку взаимодействия участников системы

обязательного медицинского страхования Республики Карелия

при проведении контроля объемов, сроков, качества

и условий предоставления медицинской помощи

по обязательному медицинскому страхованию

Реестр актов медико-экономического контроля

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Период \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г. - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

Вид медико-экономического контроля: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (первичный - 1, повторный - 2)

Наименование и код страховой медицинской организации (территориального фонда), получившего счета от медицинской организации

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

Название и код территории местонахождения страховой медицинской организации (территориального фонда)

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

Наименование, местонахождение и код медицинской организации, предоставившей

Счет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На анализ предоставлены реестры счетов (счета) за медицинские услуги, оказанные застрахованным лицам.

Всего предоставлено счетов на сумму\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

Предоставленные для медико-экономического контроля счета включают:

За медицинскую помощь, оказанную стационарно:

счет(ов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реестров счетов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

За медицинскую помощь, оказанную в дневном стационаре:

счетов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реестров счетов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

За медицинскую помощь, оказанную амбулаторно:

счет(ов) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реестров счетов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

За медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации:

счетов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ реестров счетов\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

1. Согласовано к оплате всего:

Счетов \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

реестров счетов на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.,

в том числе:

за медицинскую помощь, оказанную стационарно

на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_счетов

за медицинскую помощь в дневном стационаре

на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_счетов

за медицинскую помощь, оказанную амбулаторно

на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_счетов

за медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации

на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_счетов

2. Не согласовано к оплате реестров счетов на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

в том числе:

за медицинскую помощь, оказанную стационарно

на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_счетов

за медицинскую помощь в дневном стационаре

на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_счетов

за медицинскую помощь, оказанную амбулаторно

на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_счетов

за медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации

на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_счетов

за превышение согласованных объемов медицинской помощи на сумму:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

2.1. Не подлежит оплате \_\_\_\_\_\_\_ счетов на сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

2.1.1. за стационарную медицинскую помощь на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ счетов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код структурного подразделения | Код отделения или профиля  коек (для стационарной медицинской  помощи) | № индивидуального счета | Период (месяц) | № полиса  обязательного  медицинского  страхования | Код  территории  страхования | Код причины отказа в оплате | Сумма, подлежащая отказу в оплате | Код финансовых санкций | Сумма финансовых санкций | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2.1.2. за медицинскую помощь в дневном стационаре на сумму:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_счетов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код структурного подразделения | Код отделения или профиля  коек (для стационарной медицинской  помощи) | № индивидуального счета | Период (месяц) | № полиса  обязательного  медицинского  страхования | Код  территории  страхования | Код причины отказа в оплате | Сумма, подлежащая отказу в оплате | Код финансовых санкций | Сумма финансовых санкций | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2.1.3. за амбулаторно-поликлиническую медицинскую помощь на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_счетов

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код структурного подразделения | Код отделения или профиля  коек (для стационарной медицинской  помощи) | № индивидуального счета | Период (месяц) | № полиса  обязательного  медицинского  страхования | Код  территории  страхования | Код причины отказа в оплате | Сумма, подлежащая отказу в оплате | Код финансовых санкций | Сумма финансовых санкций | Примечания |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

2.2. Не принято к оплате в связи с превышением установленных комиссией по разработке территориальной программы обязательного медицинского страхования объемов медицинской помощи на общую сумму \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.,

в том числе:

за медицинскую помощь, оказанную стационарно

на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ руб.

за медицинскую помощь в дневном стационаре

на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

за медицинскую помощь, оказанную амбулаторно

на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

за медицинскую помощь, оказанную вне медицинской организации

на сумму: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_руб.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Подразделения МО | Код отделения | Период, в котором произошло превышение согласованных объемов (квартал) | Величина превышения согласованных объемов медицинских услуг | Сумма, не подлежащая оплате в связи с превышением согласованных объемов | Сумма, не принятая к оплате в связи  с превышением  согласованных объемов | В т.ч.: до проведения повторного МЭК | Сумма, удерживаемая в текущем месяце | Сумма, подлежащая удержанию в последующий  период |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Дата предоставления счетов страховой медицинской организации (территориальному фонду) медицинской организацией

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

Дата проверки счетов (реестров) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_201\_\_ г.

Специалист (Ф.И.О. и подпись)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_