



Российская Федерация
Республика Карелия

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
РЕСПУБЛИКИ КАРЕЛИЯ**

185011 г.Петрозаводск ул.Торнева 5-а
тел: (8142) 59-07-00 факс: (8142) 59-07-05
E-mail: ktforms@onego.ru

**Руководителям
медицинских организаций,
работающих в системе ОМС
Республики Карелия**

**Для сведения: Карельский филиал
ООО «СМК РЕСО-Мед»**

**Филиал
ООО «СК «Ингострах – М»
в г.Петрозаводск**

18.02.2015 г. № 04-44 /23

На № _____ от _____

Согласно пункту 129 Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 февраля 2011 года № 158н (далее – Правила ОМС), при превышении в отчетном месяце объема средств, направленных в медицинскую организацию в соответствии с заявкой на авансирование медицинской помощи, над суммой счета на оплату медицинской помощи, с учетом результатов контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи, в следующем месяце размер заявки на авансирование медицинской помощи уменьшается на сумму средств указанного превышения.

Учитывая изложенное, просим соблюдать установленный Правилами ОМС порядок предоставления заявок на авансирование оплаты медицинской помощи.

Директор

А.М.Гравов

Исп. Яковлева М.П.
Тел. (8142)-590-719