



**ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»
(«ТФОМС ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ»)**

В.И. Ленина пр., д. 56а, г. Волгоград, 400005, тел. (8442) 53-27-27, факс (8442) 53-27-25
E-mail: general@volgatfoms.ru . http://www.volgatfoms.ru

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

4 июля 2012г. № *03-36/331*

на № _____ от _____ 2012г.

О предоставлении информации
о численности застрахованных лиц

Главным врачам медицинских
организаций, оказывающих
первичную медицинскую помощь

Директорам филиалов
«ТФОМС Волгоградской области»

В связи с подготовкой к оплате с 2013 года амбулаторно- поликлинической медицинской помощи, оказанной медицинскими организациями застрахованному населению на территории Волгоградской области по подушевому нормативу исходя из численности прикрепленных к медицинской организации застрахованных лиц, просим Вас в срок до 20 июля 2012г. представить в филиалы «ТФОМС Волгоградской области» информацию о численности застрахованных лиц, прикрепленных к Вашей медицинской организации, в разбивке по половозрастным категориям согласно Приложению 1 по форме, утвержденной приказом Минздравсоцразвития РФ №1184н от 24.12.2010г. Также необходимо представить копию документа, которым подтверждается численность застрахованных лиц, прикрепленных к Вашей медицинской организации.

Обращаем Ваше внимание, что общую численность прикрепленного застрахованного населения необходимо указывать в соответствии с Региональным сегментом Федерального регистра медицинских работников - врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) и медицинских сестер участковых врачей-терапевтов участковых, медицинских сестер участковых врачей-педиатров участковых, медицинских сестер врачей общей практики (семейных врачей).

Приложение на 1 л. в 1 экз.

Директор

Т.В. Самарина

Приложение 1

утверждено приказом
Минздрава
РФ №1184н от 24.12.2010г.

Сведения о численности застрахованных лиц,
выбравших организацию для оказания амбулаторной помощи

Наименование медицинской организации _____

(чел.)

Число застрахованных лиц в соответствии с Региональным сегментом Федерального регистра медицинских работников (число прикрепленных лиц), ВСЕГО	В том числе по группам застрахованных лиц							
	дети		трудоспособный возраст		пенсионеры			
	0 - 4 года	5 - 17 лет	18 - 59 лет	18 - 54 лет	60 лет и старше	55 лет и старше		
	муж.	жен	муж.	жен	муж.	жен	муж.	жен
Наименование документа (дата, номер), которым подтверждается численность застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации								

Руководитель медицинской организации

М.П.

Главный бухгалтер
(экономист)

_____ (подпись) (расшифровка подписи)

_____ (подпись) (расшифровка подписи)

Ф.И.О. и телефон исполнителя