



**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@vtfoms.vgg.ru](mailto:general@vtfoms.vgg.ru). <http://www.volgatfoms.ru>

ОКПО 22585604, ОГРН 1023403856123, ИНН 3445916210, КПП 344401001

22.12.11 № 15-34-188

Руководителям медицинских организаций,  
осуществляющих деятельность в сфере  
ОМС Волгоградской области

«О дополнительной возможности  
идентификации страховой принадлежности  
граждан, получивших медицинскую помощь»

Государственное учреждение «Территориальный фонд обязательного медицинского страхования Волгоградской области» доводит до Вашего сведения следующее.

В соответствии с Приказом Минздравсоцразвития РФ от 25.01.2011г. № 29н «Об утверждении порядка персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования», Приказом ФФОМС от 07.04.2011 N 79 "Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования", «Методических указаний по представлению информации в сфере обязательного медицинского страхования», утв. ФФОМС 04.04.2011г. при обработке сведений персонифицированного учета медицинской помощи, оказанной застрахованным лицам, в территориальном фонде производится:

- идентификация застрахованного лица по региональному сегменту единого регистра застрахованных лиц, определение страховой медицинской организации, ответственной за оплату счета;

- выявление застрахованных лиц, которым оказана медицинская помощь вне территории страхования, и определение их территории страхования;

- направление в электронном виде полученных результатов в медицинскую организацию, оказавшую медицинскую помощь застрахованным лицам.

В случае затруднений в определении территории страхования лица, которому была оказана медицинская помощь, территориальный фонд формирует электронный запрос в центральный сегмент единого регистра застрахованных лиц, где формируется ответ с указанием выявленной территории страхования и действующего номера полиса застрахованного лица.

Если информация о страховой принадлежности граждан, получивших медицинскую помощь, отсутствует в региональном и центральном сегментах, у медицинских организаций имеется дополнительная возможность ее определения.

Для этого необходимо обратиться в «ТФОМС Волгоградской области» с ходатайством по форме приложения № 1 к настоящему письму.

Приложение: на 1 листе в 1 экз.

Директор

Т.В.Самарина

исп: Скрябина И.А., Полежаева Е.Г.  
тел. (8442) 53-27-43, 94-67-41

## ХОДАТАЙСТВО

\_\_\_\_\_ (наименование ходатайствующей организации)

об идентификации в качестве застрахованного лица

Прошу идентифицировать гражданина \_\_\_\_\_ в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию.

### Сведения о застрахованном лице

1. Фамилия \_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_
3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_
4. Пол: муж.  жен.  (нужное отметить знаком "V")
5. Дата рождения : \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)
6. Место рождения : \_\_\_\_\_
7. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_
- 7.1. Серия \_\_\_\_\_ 7.2. Номер \_\_\_\_\_
- 7.3. Дата выдачи \_\_\_\_\_
8. Гражданство: \_\_\_\_\_
9. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС)  
\_\_\_\_\_ (при наличии)
10. Адрес места регистрации по месту жительства в Российской Федерации, либо место пребывания:
  - а) почтовый индекс 

--	--	--	--	--	--
  - б) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)
  - в) район \_\_\_\_\_ г) город \_\_\_\_\_
  - д) населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)
  - е) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_
  - ж) № дома (владение) \_\_\_\_\_ з) корпус (строение) \_\_\_\_\_ и) квартира \_\_\_\_\_
11. Контактная информация ходатайствующей организации:
  - 11.1. Телефон (с кодом): \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_
  - 11.2. Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись представителя ходатайствующей организации)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Дата: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

М.П.