

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ МАГАДАНСКОЙ ОБЛАСТИ  
(ТФОМС Магаданской области)

Пушкина ул. 6 Магадан, 685000  
тел. (4132) 62-00-18, (4132) 60-92-59, факс (4132) 62-50-29, e-mail: [main@tfoms.magadan.ru](mailto:main@tfoms.magadan.ru)  
ОКПО 23411473 ОГРН 1024900959654 ИНН/КПП 4909052042/490901001

01.06.2017 № 1127

Руководителям  
Страховых медицинских  
организаций

В целях ведения реестра страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, территориальный фонд обязательного медицинского страхования Магаданской области сообщает следующее.

В соответствии со статьей 14 Федерального закона от 29.11.2010 г. № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон № 326-ФЗ) **страховая медицинская организация включается в реестр страховых медицинских организаций на основании уведомления, направляемого ею в территориальный фонд до 1 сентября года, предшествующего году, в котором страховая медицинская организация намерена осуществлять деятельность в сфере обязательного медицинского страхования.** Порядок ведения, форма и перечень сведений реестра страховых медицинских организаций установлены Правилами обязательного медицинского страхования, утвержденными приказом Минздравсоцразвития России от 28.02.2011 г. № 158н (далее - Правила).

В соответствии с главой V Правил при предоставлении медицинской организацией в территориальный фонд уведомления о включении в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования (далее – уведомление). Одновременно предоставляются копии документов, заверенные подписью руководителя страховой медицинской организации и печатью страховой медицинской организации, подтверждающие сведения, указанные в уведомлении.

В день предоставления документов, Территориальный фонд осуществляет проверку их на соответствие сведениям, указанным в уведомлении, в присутствии представителя страховой медицинской организации.

В случае нарушения сроков и требований, установленных пунктами 74, 75 Правил для предъявления документов, - уведомления остаются без рассмотрения.

Уведомление подписывается руководителем страховой медицинской организации с указанием даты и содержит подпись руководителя страховой медицинской организации, подтверждающую его информированность об

условиях осуществления деятельности в сфере обязательного медицинского страхования.

Представитель страховой медицинской организации вместе с уведомлением и копиями документов предоставляет доверенность, оформленную в соответствии с законодательством Российской Федерации на право предоставления в ТФОМС Магаданской области уведомления и документов, подтверждающих сведения, указанные в уведомлении.

К документам, подтверждающим сведения, указанные в уведомлении, относятся:

1. копии учредительных документов (устав, положение);
2. копии документов, подтверждающих право подписи уполномоченного лица (приказ о назначении, решение общего собрания акционеров и др.);
3. копия свидетельства о государственной регистрации юридического лица;
4. копия свидетельства о постановке на учет в налоговом органе;
5. выписка (или её копия) из Единого государственного реестра юридических лиц;
6. копия лицензии на осуществление страхования.

Прием и проверку представленных документов на соответствие сведениям, указанным в уведомлении, осуществляет специалист отдела организации ОМС ТФОМС Магаданской области в присутствии уполномоченного представителя страховой медицинской организации, по адресу: г. Магадан, ул. Пушкина, д. 6, кабинет 47 или 49а, контактный телефон: (4132) 639631 или 639901, график принятия документов: понедельник-четверг с 9-00 до 18-00, перерыв с 13-00 до 14-00, пятница с 9-00 до 13-00.

При выявлении несоответствия предоставленных документов сведениям, указанным в уведомлении, страховая медицинская организация должна внести необходимые уточнения в уведомление и предоставить исправленный вариант уведомления в срок до 1 сентября 2015 года.

Копии документов, подтверждающие сведения, указанные в уведомлении, предоставленные страховой медицинской организацией, хранятся в ТФОМС Магаданской области.

Изложенная информация и форма Уведомления размещена на сайте ТФОМС Магаданской области: [www.tfoms.magadan.ru](http://www.tfoms.magadan.ru).

Приложение: форма уведомления на 2-х л.

И.о. директора



О.И. Казанцева



Директору  
Территориального фонда обязательного  
медицинского страхования Магаданской  
области

А.А. Верному

от \_\_\_\_\_  
(должность, фамилия, имя, отчество (при  
наличии) руководителя страховой  
медицинской организации)

УВЕДОМЛЕНИЕ  
об осуществлении деятельности в сфере обязательного медицинского страхования

Прошу включить \_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

в реестр страховых медицинских организаций, осуществляющих деятельность в  
сфере обязательного медицинского страхования Магаданской области в 2016 г.

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

Полное и краткое наименование страховой медицинской организации в соответствии с ЕГРЮЛ	1	
Полное наименование филиала страховой медицинской организации (при наличии)	2	
Адрес (место) нахождения страховой медицинской организации	3	
Адрес (место) нахождения филиала страховой медицинской организации	4	
Код причины постановки на учет (КПП) страховой медицинской организации (филиала)	5	
Идентификационный номер налогоплательщика (ИНН)	6	
Организационно-правовая форма страховой медицинской организации	7	
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс	8	

руководителя, адрес электронной почты		
Фамилия, имя, отчество (при наличии), номер телефона, факс руководителя филиала, адрес электронной почты	9	
Сведения о лицензии (номер, дата выдачи, дата окончания действия)	10	
Численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации на дату подачи уведомления	11	

Копия лицензии прилагается.

С условиями деятельности в сфере обязательного медицинского страхования ознакомлен.

Руководитель страховой медицинской организации (филиала)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)

М.П.

\_\_\_\_\_  
(дата)