

**Протокол результатов контроля объемов, сроков, качества и условий оказания
медицинской помощи, оплаченных СМО.**

Таблица 1

Данные, об оплате счетов медицинских организаций за 20__ год по состоянию на
отчетный период: _____ (отчетный месяц)

Страховая медицинская организация

Таблица 1

№ п/п	Код МО	Наименование МО	Предъявлено, Руб.	Оплачено, руб.	Сумма санкций, руб.	Сумма штрафов, руб.	Сумма СМО, руб.
1	2	3	4	5	6	7	8

Представитель ТФОМС Югры
Подпись

Представитель СМО
Подпись

Таблица 2


Номер столбца по счету	Наименование столбца
1	Код МО
2	Наименование МО
3	Номер счета
4	Дата счета
5	Тип счета
6	Год
7	Месяц
8	Предъявлено, руб
9	Оплачено, руб
10	Подушевое, руб
11	Оплачено тариф, руб
12	Удержано Всего, руб
13	Удержано МЭК, руб
14	Удержано МЭЭ, руб
15	Удержано ЭКМП, руб
16	Санкций МЭК
17	Санкций МЭЭ
18	Санкций ЭКМП
19	НП штрафы, руб
20	Перс. штрафы, руб
21	Сумма СМО, руб

Подписи сторон:

Директор

Департамента здравоохранения

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры




А.А. Добровольский

Директор

Территориального фонда

обязательного медицинского страхования

Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



А.П. Фучежи

Директор

филиала ООО «Капитал МС»

в Ханты-Мансийском автономном округе – Югре



И.Ю. Кузнецова

Директор

Ханты-Мансийского филиала

ООО «АльфаСтрахование-ОМС»



М.А. Соловей

Президент НП

«Ассоциация работников здравоохранения

Ханты-Мансийского

автономного округа – Югры»



А.В. Кичигин

Председатель окружной организации

профсоюза работников здравоохранения РФ



О.Г. Меньшикова