|  |  |
| --- | --- |
|  | Приложение 3.9  к Правилам применения тарифов при формировании счетов и реестров счетов на оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в Камчатском крае от 30.01.2025 №1/2025 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Акт сверки** | | | | | | | |
| **проведенных медицинских услуг пациенту, находящемуся на лечении в условиях круглосуточного стационара или в условиях дневного стационара в медицинской организации, в которой отсутствует возможность для проведения указанных услуг**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (наименование медицинской организации)  **по состоянию на 01 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_\_ года.** | | | | | | | |
| (месяц)  **Для \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (наименование СМО) | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  |
| **Направившее учреждение** | | **Сумма (руб.)** | | **Кол-во услуг (шт.)** | | **Кол-во случаев** | |
| 1. **Наименование проведенных медицинских услуг** | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |
| **ВСЕГО:** | |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **От учреждения-фондодержателя:** | |  |  | **От учреждения-**  **исполнителя:** | | |  |
| Должность уполномочен-ного лица |  |  |  | Должность уполномочен-ного лица |  |  | |
| МП | (подпись) | (ФИО) |  | МП | (подпись) | (ФИО) | |
|  |  |  |  |  |  |  | |
| Дата подписания |  |  |  | Дата подписания |  |  | |