Зарегистрировано в Минюсте РФ 24 декабря 2010 г. N 19370

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 1 декабря 2010 г. N 229

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ АКТА

О НАРУШЕНИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ

МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

В соответствии со статьями 18 и 25 Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" (Российская газета" от 3 декабря 2010 г. N 274) приказываю:

1. Утвердить прилагаемую форму акта о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании.

2. Установить, что настоящий Приказ вступает в силу с 1 января 2011 года.

Председатель

А.В.ЮРИН

Утверждена

Приказом Федерального фонда

обязательного медицинского

страхования

от 01.12.2010 N 229

форма

Акт

о нарушении законодательства

об обязательном медицинском страховании N \_\_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(дата составления) (место составления)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование Федерального фонда обязательного медицинского страхования

или территориального фонда обязательного медицинского страхования)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(должность, фамилия, имя, отчество лица, уполномоченного составлять акт

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании)

При рассмотрении материалов: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование документов)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

в отношении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(сведения о страхователе для неработающих граждан)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

выявлены следующие факты, свидетельствующие о нарушении законодательства об

обязательном медицинском страховании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(основания, указывающие на наличие

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

что является основанием для рассмотрения дела о нарушении законодательства

об обязательном медицинском страховании.

Страхователь для неработающих граждан извещен в установленном порядке

(письмо от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Приложение: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество, должность лица, составившего акт) (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество уполномоченного должностного лица (подпись)

страхователя для неработающих граждан)

Второй экземпляр настоящего акта получен "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_ г.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись уполномоченного должностного лица

страхователя для неработающих граждан)

Приложение

к форме акта о нарушении

законодательства об обязательном

медицинском страховании, утвержденной

Приказом Федерального фонда

обязательного медицинского страхования

от 01.12.2010 N 229

РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ЗАПОЛНЕНИЮ АКТА О НАРУШЕНИИ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

ОБ ОБЯЗАТЕЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ СТРАХОВАНИИ

1. Акт о нарушении законодательства об обязательном медицинском страховании (далее - Акт) составляется уполномоченными должностными лицами Федерального фонда обязательного медицинского страхования и территориальных фондов обязательного медицинского страхования (далее соответственно - Федеральный фонд, территориальные фонды), в соответствии с перечнем, утвержденным Федеральным фондом.

2. При заполнении Акта в соответствующих строках указываются:

а) дата на момент составления Акта;

б) наименование населенного пункта, в котором находится Федеральный фонд, территориальный фонд или место нахождения страхователя для неработающих граждан (далее - страхователь);

в) наименование Федерального фонда или территориального фонда;

г) должность, фамилия, имя, отчество должностного лица Федерального фонда или территориального фонда, уполномоченного составлять Акт;

д) наименования документов, рассмотренных уполномоченным должностным лицом Федерального фонда или территориального фонда;

е) данные о страхователе, в отношении которого составляется Акт: полное наименование страхователя, почтовый адрес местонахождения, сведения о руководителе (должность, фамилия, имя, отчество), регистрационный номер страхователя в территориальном фонде;

ж) нарушенные нормы законодательства об обязательном медицинском страховании;

з) в случае извещения страхователя о составлении Акта письмом указывается дата отправления и номер письма;

и) в строке "Приложение" указываются прилагаемые к Акту копии документов, подтверждающих факт нарушения законодательства об обязательном медицинском страховании, а также объяснения и замечания страхователя.

3. Акт составляется в двух экземплярах и подписывается уполномоченным должностным лицом Федерального фонда или территориального фонда, его составившим, уполномоченным должностным лицом страхователя.

4. В случае передачи второго экземпляра Акта уполномоченному должностному лицу страхователя под расписку на первом экземпляре Акта ставится дата его получения и подпись уполномоченного должностного лица страхователя.