ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО

МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПРИКАЗ

от 27 апреля 2015 г. N 335/142

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ И УЧЕТА ГРАЖДАН,

ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС, К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ

ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ,

ОКАЗЫВАЮЩИМ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ И

ВКЛЮЧЕННЫМ В РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,

ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОМС

ГОРОДА МОСКВЫ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕМИАС

В соответствии со [статьей 21](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2C3F14CC22025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9E7121u1L) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", [статьей 16](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2C3B10C62F025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9D7021u7L) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", [приказом](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2F3F1DC122025134E7BA32C029u1L) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи", в целях реализации права выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи, обеспечения ведения учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС), к медицинским организациям, приказываем:

1. Утвердить и ввести в действие с 1 мая 2015 г. [Регламент](#P46) прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС (далее - Регламент), согласно приложению к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, организовать работу по реализации права гражданина на выбор медицинской организации для оказания ему медицинской помощи в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2C3A12CD2F025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9C7721u7L) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи и ведению учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям, в соответствии с вышеуказанным [Регламентом](#P46).

3. Считать утратившим силу [приказ](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2F311CC327025134E7BA32C029u1L) Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 5 октября 2012 г. N 1067/147 "Об утверждении Порядка прикрепления граждан, застрахованных по ОМС, к государственным учреждениям здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь".

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Н.Н.Потекаева и заместителя директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования - начальника Управления организации ОМС Г.А.Туринского.

Министр Правительства Москвы,

руководитель Департамента

здравоохранения города Москвы

А.И.ХРИПУН

Директор Московского

городского фонда обязательного

медицинского страхования

В.А.ЗЕЛЕНСКИЙ

Приложение

к приказу Департамента

здравоохранения города Москвы и

Московского городского фонда

обязательного медицинского страхования

от 27 апреля 2015 г. N 335/142

РЕГЛАМЕНТ

ПРИКРЕПЛЕНИЯ И УЧЕТА ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОМС,

К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ

ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ПЕРВИЧНУЮ

МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ И ВКЛЮЧЕННЫМ В РЕЕСТР

МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

В СФЕРЕ ОМС ГОРОДА МОСКВЫ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЕМИАС

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент регулирует вопросы взаимодействия участников ОМС, в части порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы (далее - застрахованные лица), к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепленное население (далее - медицинские организации).

Действие настоящего Регламента не распространяется на отношения по выбору медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

1.2. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями) путем обращения в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, с заявлением о выборе медицинской организации (далее - заявление).

1.3. Для получения первичной медико-санитарной помощи, застрахованные лица имеют право осуществить выбор или замену медицинской организации, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) с даты регистрации предыдущего заявления о выборе медицинской организации в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы (далее - PC ЕРЗЛ).

1.4. Для участников системы ОМС города Москвы PC ЕРЗЛ является уникальным источником информации при установлении (проверке) страховой принадлежности застрахованных лиц и данных об их прикреплении к медицинской организации. Медицинские организации на основании поданных заявлений регистрируют прикрепление застрахованных лиц с использованием функциональных возможностей автоматизированной информационной системы города Москвы "Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы" (далее - ЕМИАС).

1.5. Медицинская организация осуществляет учет прикрепленных застрахованных по ОМС и несет ответственность перед страховыми медицинскими организациями и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования (далее - МГФОМС) за недостоверность информации о прикреплении застрахованных лиц.

2. Взаимоотношения застрахованных лиц и медицинских организаций

2.1. Заявление о выборе застрахованным лицом медицинской организации подается от имени застрахованного лица или его представителя на имя руководителя медицинской организации по формам, установленным настоящим Регламентом ([приложения 1](#P121), [2](#P203)).

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: приказ Минздравсоцразвития России N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" издан 26.04.2012, а не 26.05.2012.

2.2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов в соответствии с [пунктом 5](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2F3F1DC122025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9C7521u6L) приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

2.3. При осуществлении выбора медицинской организации застрахованное лицо должно быть ознакомлено с перечнем врачей-терапевтов, [врачей-терапевтов участковых](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2A3111CD20025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9C7721uBL), врачей-педиатров, [врачей-педиатров участковых](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2A3015C527025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9C7721u5L), [врачей общей практики](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2A3C13C521025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9C7421u4L) (семейных врачей), с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, с порядком оказания медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому, с порядком организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

По результатам ознакомления оформляется "Информированное согласие застрахованного лица с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации" по [форме](#P296), установленной настоящим Регламентом (приложение 3).

2.4. Медицинская организация должна проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным только к одной медицинской организации.

2.5. В день приема заявления медицинская организация с использованием функциональных возможностей ЕМИАС осуществляет запрос в PC ЕРЗЛ для установления (проверки) страховой принадлежности застрахованного лица и прикрепления к медицинской организации.

2.6. Руководитель медицинской организации в сроки, установленные [пунктами 7](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2F3F1DC122025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9C7121u3L)-[9](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2F3F1DC122025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9C7121u1L) приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи":

2.6.1. Принимает решение о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, либо о мотивированном отказе в прикреплении.

2.6.2. При наличии в PC EPЗЛ информации о прикреплении застрахованного лица к другой медицинской организации по заявлению, зарегистрированному в PC ЕРЗЛ менее одного года назад (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания застрахованного лица), отказывает застрахованному лицу в прикреплении к медицинской организации с указанием в заявлении в качестве мотивированной причины отказа - "В течение года по инициативе гражданина уже изменялось прикрепление к медицинской организации".

2.6.3. Информирует застрахованное лицо (его представителя) посредством электронной связи, CMC-оповещения, иных способов о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, либо об отказе в прикреплении с указанием мотивированной причины отказа. По требованию застрахованного лица (его представителя) на руки выдается копия заявления с решением руководителя медицинской организации, заверенная в установленном порядке.

2.7. Лицо, уполномоченное медицинской организацией, принявшей заявление, в день принятия руководителем медицинской организации решения о прикреплении застрахованного лица:

2.7.1. Регистрирует с использованием функциональных возможностей ЕМИАС информацию о прикреплении застрахованного лица (об отказе в прикреплении), осуществляет сканирование и сохранение подписанного руководителем медицинской организации заявления о выборе медицинской организации.

2.7.2. В случае, если застрахованное лицо на момент подачи заявления имело прикрепление к другой медицинской организации, направляет посредством электронной связи или иным способом в указанную медицинскую организацию уведомление о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, принявшей заявление.

2.8. После получения уведомления, указанного в [пункте 2.7.2](#P79) настоящего Регламента, медицинская организация, к которой застрахованное лицо имело прикрепление на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней направляет копию медицинской документации застрахованного лица в медицинскую организацию, принявшую заявление. При наличии в ЕМИАС электронной медицинской карты застрахованного лица копия медицинской документации застрахованного лица не пересылается (в части сведений, содержащихся в электронной медицинской карте).

2.9. В случае, если застрахованное лицо на момент подачи заявления имело прикрепление к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в рамках [программы](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2C3A12CD2F025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9C7721u7L) государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, не входящей в государственную систему здравоохранения города Москвы, медицинская организация, принявшая заявление, осуществляет взаимодействие с указанной медицинской организацией в [порядке](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2F3F1DC122025134E7BA32C091BFFFC192B9A4F7BE9C7621uAL), определенном в приказе Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 мая 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи".

2.10. Застрахованному лицу предоставляется возможность самостоятельной записи на прием к врачам по специальностям, установленным [приказом](consultantplus://offline/ref=F50247E029ED4FD6223C839A810F9D5B2C3F10C126025134E7BA32C029u1L) Департамента здравоохранения города Москвы от 20 декабря 2012 г. N 1470 "Об оптимизации работы по ведению записи на прием к врачу в электронном виде", в той медицинской организации, к которой указанное застрахованное лицо имеет прикрепление.

2.11. В выбранной медицинской организации застрахованное лицо прикрепляется к участкам обслуживания в соответствии с установленным в данной медицинской организации распределением населения по участкам обслуживания в целях максимального обеспечения доступности первичной медико-санитарной помощи и соблюдения иных прав граждан.

2.12. Застрахованное лицо в выбранной медицинской организации имеет право осуществить выбор или замену не чаще чем один раз в год (за исключением случаев замены медицинской организации) врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача) с учетом согласия врача, с соответствующим выбором или заменой участка обслуживания.

2.13. Застрахованные лица, прикрепленные к медицинским организациям до утверждения настоящего Регламента способом "по регистрации места жительства на территории обслуживания медицинской организации", сохраняют прикрепление к данным медицинским организациям до момента подачи ими заявления о выборе другой медицинской организации.

2.14. Заявления с результатами их рассмотрения подлежат учету и хранению в медицинской организации в течение всего срока прикрепления застрахованного лица к данной медицинской организации. В случае прикрепления застрахованного лица к другой медицинской организации, заявление застрахованного лица, ранее прикрепленного к данной медицинской организации, хранится в данной медицинской организации в течение трех лет с даты получения уведомления, указанного в [пункте 2.7.2](#P79) настоящего Регламента.

Заявления, содержащие мотивированный отказ в прикреплении, хранятся в медицинской организации в течение трех лет с даты получения заявления.

Заявления предъявляются медицинской организацией страховым медицинским организациям, МГФОМС при проведении контрольных мероприятий.

3. Взаимоотношения медицинских организаций,

страховых медицинских организаций и МГФОМС

3.1. Медицинские организации с использованием функциональных возможностей ЕМИАС, по каналам информационного взаимодействия, посредством автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования города Москвы (далее - АИС ОМС), представляют в страховые медицинские организации перечень сведений о заявлениях застрахованных лиц, в отношении которых принято решение о прикреплении.

3.2. Обмен данными между медицинскими организациями и страховыми медицинскими организациями с использованием функциональных возможностей ЕМИАС и АИС ОМС осуществляется в соответствии с "Порядком информационного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования в автоматизированной информационной системе обязательного медицинского страхования г. Москвы", утвержденным МГФОМС, и "Регламентом ведения в АИС ОМС сведений о прикреплении застрахованных лиц к медицинским организациям г. Москвы", утвержденным МГФОМС.

Приложение 1

к Регламенту прикрепления и учета

граждан, застрахованных по ОМС, к

медицинским организациям государственной

системы здравоохранения города Москвы,

оказывающим первичную медико-санитарную

помощь и включенным в реестр медицинских

организаций, осуществляющих деятельность в

сфере ОМС города Москвы, с использованием

ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента

здравоохранения города Москвы и

Московского городского фонда

обязательного медицинского страхования

от 27 апреля 2015 г. N 335/142

Руководителю медицинской организации

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

от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_\_\_\_\_

о выборе медицинской организации

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол мужской / женский

(нужное подчеркнуть), прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-

санитарной помощи к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией

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

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_года.

Место регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации: \_\_\_\_.

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(адрес для оказания медицинской помощи на

дому при вызове медицинского работника,

указывается в случае адреса, отличного от

адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

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

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к

медицинской организации).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_,

выдан "\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_

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

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для

получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование

моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим

законодательством Российской Федерации.

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года. Участок N \_\_\_ Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской

организации выдана на руки "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 2

к Регламенту прикрепления и учета

граждан, застрахованных по ОМС, к

медицинским организациям государственной

системы здравоохранения города Москвы,

оказывающим первичную медико-санитарную

помощь и включенным в реестр медицинских

организаций, осуществляющих деятельность в

сфере ОМС города Москвы, с использованием

ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента

здравоохранения города Москвы и

Московского городского фонда

обязательного медицинского страхования

от 27 апреля 2015 г. N 335/142

Руководителю медицинской организации

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

от гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N \_\_\_\_\_\_\_\_

о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол мужской / женский

(нужное подчеркнуть), представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать основание:

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

а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;

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

в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи

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

документа, подтверждающего право представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(полное наименование

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

медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской

организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года.

Место регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_.

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(адрес для оказания медицинской помощи на

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

дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса,

отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен

к медицинской организации).

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий

личность прикрепляющегося гражданина: серия \_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан

"\_\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

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

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения

первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих

персональных данных при их обработке в соответствии с действующим

законодательством Российской Федерации.

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года. Участок N \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской

организации выдана на руки "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 3

к Регламенту прикрепления и учета

граждан, застрахованных по ОМС, к

медицинским организациям государственной

системы здравоохранения города Москвы,

оказывающим первичную медико-санитарную

помощь и включенным в реестр медицинских

организаций, осуществляющих деятельность в

сфере ОМС города Москвы, с использованием

ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента

здравоохранения города Москвы и

Московского городского фонда

обязательного медицинского страхования

от 27 апреля 2015 г. N 335/142

Информированное согласие

с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при

выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

дата рождения "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я

в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной

медицинской организации с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов

(участковых), врачей педиатров, врачей-педиатров (участковых), врачей общей

практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших

указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания

(врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими

медицинской помощи на дому.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и

плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации

необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений,

лечебного или диагностического оборудования).

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

(подпись) (Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

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

(подпись) (Ф.И.О. медицинского работника)

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

(дата оформления)