

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ
КОСТРОМСКОЙ ОБЛАСТИ

П Р И К А З

от 30 ноября 2022 г. № 1160

г. Кострома

О временном порядке обеспечения полисами ОМС
и включения в единый регистр застрахованных лиц

В соответствии со статьями 34 и 46 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и в целях своевременного оказания бесплатной медицинской помощи гражданам Российской Федерации

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

временный порядок обеспечения полисами ОМС и включения в единый регистр застрахованных лиц (далее – Временный порядок) согласно приложению № 1;

форму заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц согласно приложению № 2;

форму выписки из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования согласно приложению № 3.

2. Руководителям страховым медицинским организациям, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования, организовать работу по реализации права гражданина на выбор (замену) страховой медицинской организации и получение полиса обязательного медицинского страхования и выписки о полисе, содержащей, в том числе и штриховой код или внесения изменений в бланк полиса в соответствии с настоящим Временным порядком.

3. Руководителям медицинских организаций, включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования по территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Костромской области, обеспечить оказание бесплатной медицинской помощи застрахованным лицам при обращении в медицинскую организацию с предъявлением документов (заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц или его копия (с печатью СМО) и заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации или его копия (с печатью СМО) или выписка из единого регистра застрахованных лиц о полисе ОМС, полис ОМС, выданный до 01.12.2022, или полис ОМС в виде штрихового кода

посредством использования федеральной государственной информационной системы «Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций)», а также документами, удостоверяющими личность (паспорт, а для детей до 14 лет – свидетельство о рождении) в соответствии с предусмотренными Временным порядком.

4. Настоящий приказ вступает в силу с 01.12.2022 года и действует до особого распоряжения.

5. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Директор



В.Е. Николаев

Временный порядок обеспечения полисами ОМС и включения в единый регистр застрахованных лиц

Полисы ОМС на материальных носителях (бумажный документ или пластиковая карта с электронным приложением), выданные до 30.11.2022 включительно, действуют до их замены.

Выписка из единого регистра застрахованных лиц сведений о полисе обязательного медицинского страхования (приложение № 3), в том числе представленная в виде штрихового кода, выдается застрахованному лицу или его представителю с 01.12.2022 на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и заявления о включении в единый регистр застрахованных лиц (при первичном страховании – граждане, которые ранее не были застрахованы по ОМС) согласно приложению № 2 к настоящему приказу.

В день подачи заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации и о включении в единый регистр застрахованных лиц (при первичном страховании – граждане, которые ранее не были застрахованы по ОМС), о сдаче (утрате) полиса, переоформлении полиса в связи с изменениями фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства, изменения даты рождения и пола застрахованного лица, установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе, лично или через своего представителя страховая медицинская организация, в которую были поданы заявления, направляет информацию в территориальный фонд в соответствии с порядком информационного взаимодействия, утвержденным Федеральным фондом от 31.03.2021 № 34н «Об определении Порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования» (далее - Порядок информационного взаимодействия).

Страховая медицинская организация в день подачи заявлений выдает застрахованному лицу заявление о включении в единый регистр застрахованных лиц (при первичном страховании – граждане, которые ранее не были застрахованы по ОМС) или его копию (с печатью СМО) и заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации или его копию (с печатью СМО) с отметкой о факте страхования (перестрахования) застрахованного лица.

Территориальный фонд после получения сведений о полисе обязательного медицинского страхования от Федерального фонда обязательного медицинского страхования передает данные сведения в страховую медицинскую организацию в соответствии с Порядком информационного взаимодействия.

Страховая медицинская организация посредством указанных застрахованным лицом в заявлениях каналов получения сведений информирует

застрахованное лицо в течение трех рабочих дней с даты получения сведений из территориального фонда о факте страхования и возможности получения выписки о полисе, содержащей в том числе и штриховой код, или внесения изменений в имеющийся у застрахованного лица бланк полиса ОМС единого образца или пластиковую карту с электронным приложением.

В _____
(наименование страховой медицинской организации (филиала))
от _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

ЗАЯВЛЕНИЕ

о включении в единый регистр застрахованных лиц

Прошу включить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в регистр застрахованных лиц по обязательному медицинскому страхованию и выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (отметить знаком «V» при необходимости):

выписку о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц.

УЧЕТНЫЕ ДАННЫЕ ЗАСТРАХОВАННОГО ЛИЦА

1. Сведения о застрахованном лице

1.1 Фамилия _____ 1.2 Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность¹)

1.3 Отчество (при наличии)² _____ 1.4 Пол: муж. жен.
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) (нужное отметить знаком "V")

1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1) работающий гражданин Российской Федерации; | <input type="checkbox"/> 9) неработающее лицо без гражданства; |
| <input type="checkbox"/> 2) работающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 10) неработающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; |
| <input type="checkbox"/> 3) работающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 11) временно пребывающий на территории Российской Федерации в соответствии с договором о Евразийском экономическом союзе, подписанным в г. Астане 29 мая 2014 г. (далее договор о ЕАЭС) трудящийся иностранный гражданин государств – членов ЕАЭС; |
| <input type="checkbox"/> 4) работающее лицо без гражданства; | <input type="checkbox"/> 12) член Коллегии Евразийской экономической комиссии (далее Комиссия); |
| <input type="checkbox"/> 5) работающее лицо, имеющее право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»; | <input type="checkbox"/> 13) должностное лицо Комиссии; |
| <input type="checkbox"/> 6) неработающий гражданин Российской Федерации; | <input type="checkbox"/> 14) сотрудник органа ЕАЭС, находящийся на территории Российской Федерации. |
| <input type="checkbox"/> 7) неработающий постоянно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 15) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Абхазия; |
| <input type="checkbox"/> 8) неработающий временно проживающий в Российской Федерации иностранный гражданин; | <input type="checkbox"/> 16) Гражданин РФ, постоянно проживающий на территории Республики Южная Осетия. |

Не являюсь высококвалифицированным специалистом и членом семьи высококвалифицированного специалиста в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года № 115-ФЗ «О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации» и не являюсь военнослужащим и приравненным к ним в организации оказания медицинской помощи лицом³

(подпись застрахованного лица или его представителя)

1.6 Дата рождения: _____ 1.7 Место рождения: _____
(число, месяц, год) (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.8 Вид документа, удостоверяющего личность, или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____

1.9 Серия _____ Номер _____ 1.10 Дата выдачи _____
Кем выдан _____

1.11 Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁴:

а) почтовый индекс _____ б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

к) дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определённого места жительства⁵

1.13 Адрес места пребывания⁶ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

а) почтовый индекс _____ б) субъект Российской Федерации _____
(республика, край, область, округ)

в) район _____ г) город _____

д) населенный пункт _____ е) улица _____
(село, поселок и т.п.) (проспект, переулок и т.п.)

ж) № дома (владение) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____

1.14 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации⁷:

а) вид документа _____

б) серия _____ в) номер _____

г) кем и когда выдан _____

1.15 Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.16 Реквизиты трудового договора, заключенного с трудящимся государством – членом ЕАЭС, включая дату его подписания и срок действия:
№ _____ дата подписания _____, с _____ по _____

- Наименование организации, город _____
- 1.17 Данные документа, подтверждающего отношение лица к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, находящихся на территории Российской Федерации:
 а) серия _____ б) номер _____
- 1.18 Категория застрахованного лица в соответствии с положениями договора о ЕАЭС о праве отдельных категорий иностранных граждан государств – членов ЕАЭС на обязательное медицинское страхование: _____
- 1.19 Данные о месте пребывания с указанием срока пребывания _____ с _____ по _____

- 1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____
- 1.21 Контактная информация:
 1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____
- 1.21.2 Адрес электронной почты _____
- 1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:
 SMS-информирование; Почтовая рассылка;
 Электронная почта; Телефонный обзвон;
 Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры); Иные способы информирования (указать): _____

2. Сведения о представителе застрахованного лица⁸

- 2.1 Фамилия _____ 2.2 Имя _____
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 2.3 Отчество (при наличии) _____
 (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 2.4 Пол: муж. жен. 2.5 Дата рождения: _____
 (нужное отметить знаком "V") (число, месяц, год)
- 2.6 Гражданство: _____
 (название государства; лицо без гражданства)
- 2.7 Статус законного представителя застрахованного лица (нужное отметить знаком "V"): Мать Опекун Усыновитель
 Отец Попечитель
- 2.8 Вид документа, удостоверяющего личность или паспорт иностранного гражданина, либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина _____
- 2.9 Серия _____ Номер _____ 2.10 Дата выдачи _____
 Кем выдан _____
- 2.11 Реквизиты документа, удостоверяющего статус законного представителя застрахованного лица:
 Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ (число, месяц, год)
- 2.12 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____
- 2.13 Полное обязательное медицинское страхование (при наличии) _____
- 2.14 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁹:
 а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____ (республика, край, область, округ)
- в) район _____ г) город _____
 д) населенный пункт _____ е) улица _____
 ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
 к) дата регистрации по месту жительства _____
 лицо без определенного места жительства¹⁰
- 2.15 Адрес места пребывания¹¹ (указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):
 а) почтовый индекс б) субъект Российской Федерации _____ (республика, край, область, округ)
- в) район _____ г) город _____
 д) населенный пункт _____ е) улица _____
 ж) № дома (владения) _____ з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) _____
- 2.16 Телефон (с кодом): мобильный _____ домашний _____ служебный _____
- 2.17 Адрес электронной почты _____

3. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

 (подпись застрахованного лица/его представителя)¹² (расшифровка подписи) Дата: _____ (число, месяц, год)

Данные подтверждены: _____
 (подпись представителя страховой медицинской организации (филиала)) (расшифровка подписи)

М.П.

Согласен(на) на индивидуальное информационное сопровождение СМО на всех этапах оказания медицинской помощи и по вопросам организации оказания медицинской помощи в системе ОМС, а также на устное или письменное информирование по указанным мной контактным данным (СМС-сообщение, приложение-мессенджер, электронное письмо, телефонный обзвон, почтовая рассылка, иные способы индивидуального информирования) в рамках законодательства ОМС (о порядке получения полиса, необходимости прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения, иное информирование)¹³ и получение выписки о полисе ОМС из единого регистра застрахованных лиц по электронной почте.

 (подпись застрахованного лица/его представителя)¹² (расшифровка подписи)

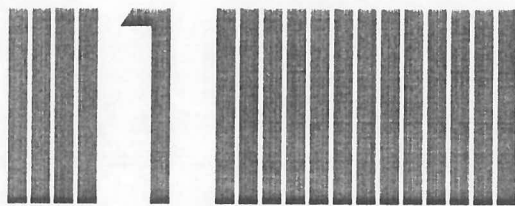
Согласие на обработку персональных данных в соответствии с частью 4 статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие на обработку моих персональных данных, в том числе сведений, содержащихся в копии основного документа, удостоверяющего личность, адреса электронной почты, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

 (подпись застрахованного лица/его представителя)¹² (расшифровка подписи)

¹ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении.
² При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк.
³ Поле обязательно для заполнения.
⁴ Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного.
⁵ Отмечается знаком «V».
⁶ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного.
⁷ Для лиц, указанных в частях 3, 4, 5, 6 и 7 пункта 14 Правил обязательного медицинского страхования.
⁸ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.
⁹ Указывается адрес места постоянной регистрации представителя застрахованного лица.
¹⁰ Отмечается знаком «V».
¹¹ Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания представителя застрахованного лица.
¹² Нужно подтвердить.
¹³ Отмечается в СМС-информировании (в т.ч. через приложение-мессенджер) Вы можете на _____

ФОРМА

ВЫПИСКА
из единого регистра застрахованных лиц
о полисе обязательного медицинского страхования



Информация о застрахованном лице

Фамилия: _____

Имя: _____

Отчество (при наличии): _____

Дата рождения: _____

Пол (нужное отметить знаком «V»): муж. _____ жен. _____

Гражданство: _____

Единый номер полиса ОМС: _____

Срок действия полиса ОМС: _____

Информация о страховой медицинской организации

Реестровый номер: _____

Наименование: _____

Номер телефона: _____

Субъект Российской Федерации: _____

(территория страхования)

Дата страхования _____

Дата выдачи _____

М.П.

