

Порядок прикрепления застрахованных лиц к КГБУЗ "Норильская МДБ"

1. Общие положения

1.1. Прикрепление застрахованных лиц осуществляется в программном комплексе «Учет регистрации застрахованных лиц в медицинских организациях».

1.2. Прикрепление ребенка в возрасте до 18 лет включительно осуществляется на основании заявления по форме согласно приложению 2 к настоящему Порядку, поданного на имя главного врача КГБУЗ "Норильская МДБ" законным представителем ребенка.

При отсутствии в заявлении о выборе медицинской организации сведений о выборе врача либо, отсутствии такого заявления застрахованное лицо прикрепляется к врачу КГБУЗ "Норильская МДБ" без учета мнения законного представителя.

1.3. Прикрепление к медицинской организации осуществляется застрахованным лицом не чаще одного раза в календарный год, за исключением случаев изменения адреса регистрации или фактического места жительства застрахованного лица.

2. Порядок работы при прикреплении гражданина

2.1. При обращении законного представителя ребенка с заявлением о выборе медицинской организации, медицинский регистратор регистратуры на информационном ресурсе, проверяет дату его последнего прикрепления, тип и медицинскую организацию прикрепления, о результатах информирует законного представителя.

2.2. Информация, представленная в заявлении, сверяется медицинским регистратором регистратуры с данными оригиналов документов застрахованного лица или их нотариально заверенными копиями (приложение 1). Исправления в заявлении недопустимы.

2.3. Медицинский регистратор на основании заявления и документов застрахованного лица с использованием информационного ресурса, создает и сохраняет электронную копию заявления.

2.4. Заявление регистрируется медицинским регистратором регистратуры в журнале регистрации заявлений о выборе медицинской организации (приложение 3).

3. Порядок работы при откреплении гражданина

3.1. На основании сведений об исключении застрахованного лица из региональной системы единого реестра застрахованных лиц в связи с его смертью, полученных от страховой медицинской организации при проведении сверки численности прикрепленного населения, медицинский регистратор регистратуры в течение 3 (трех) рабочих дней снимает гражданина с медицинского обслуживания.

3.2. Медицинский регистратор регистратуры снимает застрахованное лицо с обслуживания на педиатрическом участке в течение 3 (трех) дней с момента достижения 18-летнего возраста.

Перечень документов, предъявляемых гражданином при подаче заявления

- 1) Для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами РФ:
 - свидетельство о рождении;
 - полис обязательного медицинского страхования ребенка.
- 2) Для граждан РФ в возрасте четырнадцати лет и старше:
 - паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 3) Для законного представителя ребенка:
 - документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка;
 - документ, подтверждающий полномочия представителя.
- 4) Для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с ФЗ «О беженцах»:
 - удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу;
 - копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению;
 - свидетельство о предоставлении временного убежища на территории РФ;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 5) Для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ:
 - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - вид на жительство;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 6) Для лиц без гражданства, постоянно проживающих в РФ:
 - документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - вид на жительство;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 7) Для иностранных граждан, временно проживающих в РФ:
 - паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;
 - разрешение на временное проживание в РФ;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 8) Для лиц без гражданства, временно проживающих в РФ:
 - документ, признаваемый в соответствии с международным договором РФ в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;
 - разрешение на временное проживание в РФ либо документ установленной формы, выдаваемый в РФ лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;
 - полис обязательного медицинского страхования.
- 9) В случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

Приложение 2
К порядку прикрепления
застрахованных лиц

Руководителю медицинской организации

_____ (наименование медицинской организации)

_____ (фактический адрес медицинской организации)

_____ (Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

от _____ (Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____ о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня
(меня или застрахованное лицо (Ф.И.О.), законным представителем* которого я являюсь)

к медицинской организации в связи с (нужное выделить знаком «V»):

_____ первичным выбором медицинской организации;

_____ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение года;

_____ выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;

_____ прекращением деятельности медицинской организации;

_____ откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Сведения о застрахованном лице:

1. Фамилия _____
2. Имя _____
3. Отчество (при наличии) _____
4. Пол _____
5. Дата рождения: _____
6. Место рождения _____

7. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность)

_____ (серия, номер, дата и место выдачи документа)

8. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ)

9. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника): _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

10. Адрес регистрации: (совпадает с адресом места жительства) _____

11. Дата регистрации _____

12. Страховой медицинский полис (серия, номер) _____

13. Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин _____

*для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан – опекунами.

14. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

15. Являюсь / является (нужное выделить знаком «V»):

_____ гражданином Российской Федерации;

_____ лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах;

_____ иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации;

_____ лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;

_____ иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации;

_____ лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации.

16. Гражданство _____

Сведения о представителе застрахованного лица* (заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица):

1. Фамилия _____

2. Имя _____
3. Отчество (при наличии) _____
4. Дата рождения _____
5. Отношение к гражданину: отец, мать, иное (нужное подчеркнуть)
6. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) _____
7. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____
8. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

9. Контактная информация (застрахованного лица, представителя застрахованного лица):

Телефон: _____

e-mail: _____

Дополнительно сообщая:

(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, серьезных заболеваний и пр.)

Подпись застрахованного лица (законного представителя)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю медицинской организации согласие на обработку моих персональных данных, (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе медицинской организации контактными номерами телефонов, по электронной почте и/или через аккаунт социальной сети.

Подпись застрахованного лица (законного представителя)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.