

ІЭМАЛ ИМЫІЭУМЕДИЦИНЭ
СТРАХОВАНЭ ЩІЫНЫМКІЭ
КЪЭБЭРДЕЙ-БАЛЪКЪЭР
ЩІЫНАЛЪЭМ И ФОНД



КЪАБАРТЫ-МАЛКЪАР
РЕСПУБЛИКАНЫ ЖЕРИНДЕ
САУЛУКЪГЪА КЪАРАУ
САКЪЛЫКЪНЫ МЮЛКЮ

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Проспект Шогенцукова, 42, г. Нальчик, КБР, 360000
телефон 44-29-81 (приемная), факс 44-27-38
E-mail: kbtfoms@yandex.ru, www.tfomskbr.ru

ИНН 0711026775
КПП 072501001
ОГРН 1020700001794

Исх. № 673 от 03.03 2017

на № _____ от _____ 2017

Руководителю
медицинской организации
сферы ОМС КБР

Уважаемый коллега!

Направляем для ознакомления и руководства приказ МЗ КБР и ТФОМС КБР №, №39-П/№60 от 01.03.2017 года «Об утверждении Регламента прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, с использованием региональных информационных систем».

Приложение : на 11л. в 1экз.

Директор

З.М.Бгажнокова

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**
N 39-П

**ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО
СТРАХОВАНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**
N 60

ПРИКАЗ
от 01. 03. 2017 года

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ РЕГЛАМЕНТА ПРИКРЕПЛЕНИЯ И УЧЕТА ГРАЖДАН,
ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ
СТРАХОВАНИЮ, К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ,
ОКАЗЫВАЮЩИМ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ И
ВКЛЮЧЕННЫМ В РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕГИОНАЛЬНЫХ
ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ**

В соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», приказом Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» (далее – Порядок № 406н), приказом Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 №543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению», приказом Минздравсоцразвития России от 16.04.2012 № 366н « Об утверждении Порядка оказания педиатрической помощи» в целях эффективного взаимодействия между участниками обязательного медицинского страхования по реализации права выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи, обеспечения ведения учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям приказываем:

1. Утвердить и ввести в действие с 1 марта 2017 года Регламент прикреплении и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, с использованием региональных информационных систем (далее – Регламент) согласно приложению к настоящему приказу.

2. Руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, организовать работу по реализации права гражданина на выбор медицинской организации для оказания ему медицинской помощи и ведению учета сведений о прикреплении граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к

медицинским организациям, в соответствии с Регламентом, утвержденным настоящим приказом.

3. Считать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики от 30 ноября 2015 года № 245-П / 365 «Об утверждении Регламента прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики, с использованием региональных и муниципальных информационных систем».

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя министра здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики А.О.Асанова и заместителя директора Территориального фонда обязательного медицинского страхования Кабардино-Балкарской Республики Р.С.Кажаева.

Министр здравоохранения
Кабардино-Балкарской Республики



С.А. Расторгуева

Директор Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики



З.М. Бгажнокова

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Кабардино-Балкарской Республики
от 01.03.17 № 39-11
Территориального фонда
обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики
от 01.03.17 № 60

**РЕГЛАМЕНТ
ПРИКРЕПЛЕНИЯ И УЧЕТА ГРАЖДАН,
ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ
СТРАХОВАНИЮ, К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ
СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ РЕСПУБЛИКИ,
ОКАЗЫВАЮЩИМ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ И
ВКЛЮЧЕННЫМ В РЕЕСТР МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,
ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ КАБАРДИНО-БАЛКАРСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ, С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РЕГИОНАЛЬНЫХ
ИНФОРМАЦИОННЫХ СИСТЕМ**

1. Общие положения

1.1. Настоящий Регламент регулирует вопросы взаимодействия участников обязательного медицинского страхования (далее – ОМС) в части порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории Кабардино-Балкарской Республики (далее – застрахованные лица, КБР соответственно), к медицинским организациям государственной системы здравоохранения КБР, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС КБР, 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 лицами, застрахованными за пределами КБР, 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. Организационно-методическое руководство при формировании регистра прикрепленного населения и актуализацию информации о закреплении территориальных зон для оказания первичной медико-санитарной помощи по территориально-участковому принципу осуществляет Министерство здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики.

1.3. Первичная доврачебная и первичная врачебная медико-санитарная помощь

организуется по территориально-участковому принципу.

Распределение населения по участкам осуществляется руководителями медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, в зависимости от конкретных условий оказания первичной медико-санитарной помощи населению в целях максимального обеспечения ее доступности и соблюдения прав граждан.

К прикрепленному по территориально-участковому принципу населению относятся застрахованные лица, проживающие на территории обслуживания медицинской организации, в соответствии с паспортами участков и с учетом критериев территориальной (в том числе транспортной) доступности первичной медико-санитарной помощи.

Учет граждан по территориально-участковому принципу и прикреплению по выбору осуществляет ответственное лицо медицинской организации, определенное приказом руководителя медицинской организации и имеющее право доступа к персональным данным застрахованных граждан в порядке, предусмотренном Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных».

1.4. Застрахованные лица, не осуществившие выбор медицинской организации путем подачи заявления, считаются прикрепленными к медицинской организации, на территории обслуживания которой они проживают согласно адресу регистрации по месту жительства.

1.5. Медицинская организация осуществляет учет прикрепленных застрахованных лиц и несет ответственность за достоверность информации о прикреплении граждан.

1.6. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, осуществляется гражданином, 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) (далее – гражданин) путем обращения в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь, с заявлением о выборе медицинской организации (далее – заявление).

1.7. 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 гражданина).

Датой прикрепления застрахованного лица к медицинской организации является дата принятия главным врачом решения о его прикреплении.

1.8. Гражданин считается прикрепленным к медицинской организации до момента получения медицинской организацией уведомления о его прикреплении к другой медицинской организации.

1.9. Для участников системы обязательного медицинского страхования КБР Региональный сегмент Единого регистра застрахованных лиц (далее – РСЕРЗЛ) является основным источником информации при установлении (проверке) страховой принадлежности застрахованных лиц и данных об их прикреплении к медицинской организации. Медицинские организации регистрируют прикрепление застрахованных лиц с использованием функциональных возможностей региональной медицинской информационной системы КБР (далее – РМИС).

2. Взаимоотношения застрахованных лиц и медицинских организаций

2.1. Заявление о выборе застрахованным лицом медицинской организации подается от имени застрахованного лица или его законного представителя на имя руководителя медицинской организации по формам, установленным настоящим Регламентом

(Приложения № 1, № 2).

2.2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов в соответствии с пунктом 5 Порядка № 406н.

2.3. При осуществлении выбора медицинской организации застрахованное лицо должно быть ознакомлено с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (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, а также 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).

2.4. Медицинская организация должна проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным только к одной медицинской организации и праве выбора медицинской организации не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства гражданина).

2.5. В соответствии с пунктами 7-11 Порядка № 406н:

2.5.1. Медицинская организация после принятия заявления в течение двух рабочих дней направляет письмо посредством почтовой связи, электронной связи о подтверждении информации, указанной в заявлении, в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления.

2.5.2. Медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение двух рабочих дней с момента получения письма направляет соответствующую информацию письмом посредством почтовой связи, электронной связи в медицинскую организацию, принявшую заявление.

2.5.3. После получения подтвержденной информации, указанной в заявлении, руководитель медицинской организации в течение двух рабочих дней информирует гражданина (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

При наличии мотивированных причин отказа в прикреплении руководитель медицинской организации в течение двух рабочих дней информирует гражданина (его представителя) в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) об отказе в прикреплении.

По требованию застрахованного лица (его представителя) на руки выдается копия заявления с решением руководителя медицинской организации, заверенная в установленном порядке.

2.5.4. В течение трех рабочих дней после информирования гражданина о принятии его на медицинское обслуживание медицинская организация, принявшая заявление, направляет в медицинскую организацию, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, и в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином, уведомление о принятии гражданина на медицинское обслуживание.

2.5.5. После получения уведомления медицинская организация, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней снимает гражданина с медицинского обслуживания и направляет копию медицинской документации гражданина в медицинскую организацию, принявшую заявление.

2.6. Уполномоченное лицо медицинской организации, принявшей заявление, по истечении трех рабочих дней, указанных в п.2.5.5. вносит в РМИС информацию о

прикреплении застрахованного лица, осуществляет сканирование и хранение подписанного руководителем медицинской организации заявления о выборе медицинской организации.

2.7. 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.

2.8. Заявления с результатами их рассмотрения и уведомления подлежат учету и хранению в медицинской организации в течение всего срока прикрепления застрахованного лица. В случае замены застрахованным лицом медицинской организации, заявление подлежит хранению в данной медицинской организации в течение трех лет.

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

2.10. Заявления о прикреплении застрахованных лиц предъявляются медицинской организацией Министерству здравоохранения КБР, страховым медицинским организациям, Территориальному фонду обязательного медицинского страхования КБР при проведении контрольных мероприятий.

3. Взаимоотношения медицинских организаций, страховых медицинских организаций и Территориального фонда обязательного медицинского страхования КБР

3.1. Информационное взаимодействие между медицинской организацией, принявшей заявление, медицинской организацией, в которой гражданин находился на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, Территориальным фондом обязательного медицинского страхования КБР, страховой медицинской организацией осуществляется на основании:

- приказа Федерального фонда обязательного медицинского страхования от 7 апреля 2011 г. № 79 «Об утверждении Общих принципов построения и функционирования информационных систем и порядка информационного взаимодействия в сфере обязательного медицинского страхования»;

- Регламента информационного взаимодействия участников обязательного медицинского страхования на территории Кабардино-Балкарской Республики, утвержденного министром здравоохранения КБР и директором Территориального фонда обязательного медицинского страхования КБР 21.12.2016.

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

3.3. С учетом результатов запроса о страховой принадлежности в РСЕРЗЛ медицинская организация принимает решение о прикреплении или отказе в прикреплении застрахованного лица.

3.4. В случае принятия положительного решения о прикреплении застрахованного лица медицинская организация в соответствии с п. 2.5.4. настоящего Регламента направляет в страховую медицинскую организацию пакет файлов по прикреплению застрахованного лица.

3.5. В случае получения отрицательного результата запроса, медицинская организация направляет в страховую медицинскую организацию, для выявления и устранения причин расхождений данных в представленных документах с РСЕРЗЛ, копии следующих документов:

- полис обязательного медицинского страхования;

- документ, удостоверяющий личность, с адресом места жительства;
- документ, подтверждающий регистрацию по месту жительства (пребывания) на территории КБР.

3.6. Страховая медицинская организация в своей информационной системе актуализирует в течение одного рабочего дня с момента получения данные по застрахованному лицу, указанные в п 3.5. настоящего Регламента и передает исправленные данные в территориальный фонд обязательного медицинского страхования КБР и медицинскую организацию.

3.7. Медицинская организация, в которой гражданин находился на медицинском обслуживании на момент подачи заявления, снимает гражданина с медицинского обслуживания и в течение одного рабочего дня направляет уведомление в медицинскую организацию, принявшую заявление на прикрепление, и пакет файлов в страховую медицинскую организацию по откреплению застрахованного лица.

3.8. Страховая медицинская организация ежедневно направляет в Территориальный фонд обязательного медицинского страхования КБР пакет файлов, в котором содержится информация по прикреплению/ откреплению застрахованных лиц.

3.9. Информационное взаимодействие между медицинской организацией, страховой медицинской организацией и Территориальным фондом обязательного медицинского страхования КБР осуществляется по защищенным каналам связи посредством программного комплекса VipNet.

3.10. Сверка численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации, по состоянию на первое число каждого месяца проводится ежемесячно, в срок до 5 числа месяца, следующего за отчетным.

3.11. По результатам сверки страховая медицинская организация составляет с медицинской организацией акт сверки численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации по форме установленной настоящим Регламентом (Приложение № 3).

3.12. В случаях, если календарные даты, указанные в настоящем Регламенте, приходятся на нерабочие (выходные или праздничные) дни, предусмотренные настоящим Регламентом, сроки переносятся на первый, следующий за этими датами, рабочий день.

3.13. Все спорные вопросы, возникающие между участниками обязательного медицинского страхования по учету застрахованных лиц, прикрепленных к медицинским организациям, разрешаются в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

Приложение № 1
к Регламенту
прикрепления и учета граждан, застрахованных
по обязательному медицинскому страхованию,
к медицинским организациям государственной системы
здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики,
оказывающим первичную медико-санитарную помощь и
включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих
деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики, с использованием
региональных информационных систем

Главному врачу

(Ф.И.О.)
От _____
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год)
пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),
гражданство _____,
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

(полное название медицинской организации)

(адрес местонахождения)
Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N _____
выдан страховой медицинской организацией _____
" " _____ года.
Домашний адрес: _____ по
месту жительства, по месту пребывания, по месту фактического проживания без
регистрации (нужное подчеркнуть)
Адрес по месту регистрации: _____,
дата регистрации _____
Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)
Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к
медицинской организации).
Вид документа, удостоверяющего личность: _____
серия _____ N _____, выдан " " _____ год _____

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная
информация _____

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи.
С перечнем 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, в том
числе неотложной медицинской помощи, на дому по участковому принципу, с
учетом территориальной доступности ознакомлен.

"__" ____ 20__ года Подпись ____ (____)
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления "__" ____ 20__ года ____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "__" ____ 20__ года гражданина ____
(фамилия имя, отчество)

Участок N ____

Отказать в прикреплении в связи ____

(подпись) (Ф.И.О. главного врача)

"__" ____ 20__ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки.

"__" ____ 20__ года Получил копию заявления ____/
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 2
к Регламенту
прикрепления и учета граждан, застрахованных
по обязательному медицинскому страхованию,
к медицинским организациям государственной системы
здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики,
оказывающим первичную медико-санитарную помощь и
включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих
деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики, с использованием
региональных информационных систем

Главному врачу

(Ф.И.О.)

От ____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, ____
(фамилия, имя, отчество)

(вид документа, удостоверяющего личность, серия, N, кем и когда выдан)
Прошу прикрепить гражданина ____
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения ____, место рождения ____
(число, месяц, год)

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),
гражданство ____
представителем/законным представителем (нужное подчеркнуть) 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/законного представителя (нужное подчеркнуть)
выбора медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____
(полное название медицинской организации)

_____ (адрес местонахождения)
Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N _____
выдан страховой медицинской организацией _____
"___" _____ года.

Домашний адрес: _____
по месту жительства, по месту пребывания, по месту фактического проживания
без регистрации (нужное подчеркнуть)

Адрес по месту регистрации: _____

Дата регистрации _____ 20__

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

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

Вид документа, удостоверяющего личность регистрирующегося гражданина: _____
серия _____ N _____, выдан "___" _____ года _____

_____ (наименование органа, выдавшего документ)
Контактная информация _____

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, представителем/законным представителем (нужное подчеркнуть) которого я являюсь.
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, в том числе неотложной медицинской помощи, на дому по участковому принципу, с учетом территориальной доступности ознакомлен.
С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу, с учетом территориальной доступности ознакомлен.

"___" _____ 20__ года Подпись _____ (_____) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления "___" _____ 20__ года _____.

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "___" _____ 20__ года гражданина _____
(фамилия, имя, отчество)

Участок N _____

Отказать в прикреплении в связи _____

(подпись) / (Ф.И.О. главного врача)

"___" _____ 20__ года
М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки.

"___" _____ 20__ года Получил копию заявления _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение № 3
к Регламенту
прикрепления и учета граждан, застрахованных
по обязательному медицинскому страхованию,
к медицинским организациям государственной системы
здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики,
оказывающим первичную медико-санитарную помощь и
включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих
деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики, с использованием
региональных информационных систем

АКТ **сверки численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации**

СМО « _____ », _____

(Наименование СМО)

МО « _____ » _____

(Наименование МО)

по состоянию на « _____ » _____ 20 ____ г.

Сведения о прикреплении (указываются сторонами, подписывающими акт)	Дети						Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста		Итого
	0-1 года (ж)	0-1 года (м)	1-4 года (ж)	1-4 года (м)	5-17 лет (ж)	5-17 лет (м)	18-54 лет (ж)	18-59 лет (м)	55 лет и старше (ж)	60 лет и старше (м)	
По данным медицинской организации											
По данным страховой медицинской организации											
Расхождение в сведениях между МО и СМО											

Руководитель МО (подпись) Ф.И.О.

М.П. Дата " ____ " _____ 20 ____ г.

Руководитель СМО (подпись) Ф.И.О.

М.П. Дата " ____ " _____ 20 ____ г.

Приложение № 3
к Регламенту
прикрепления и учета граждан, застрахованных
по обязательному медицинскому страхованию,
к медицинским организациям государственной системы
здравоохранения Кабардино-Балкарской Республики,
оказывающим первичную медико-санитарную помощь и
включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих
деятельность в сфере обязательного медицинского страхования
Кабардино-Балкарской Республики, с использованием
региональных информационных систем

АКТ **сверки численности застрахованных лиц, прикрепленных к медицинской организации**

СМО « _____ », (Наименование СМО)

МО « _____ » (Наименование МО)

по состоянию на « _____ » _____ 20 ____ г.

Сведения о прикреплении (указываются сторонами, подписывающими акт)	Дети						Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста		Итого
	0-1 года (ж)	0-1 года (м)	1-4 года (ж)	1-4 года (м)	5-17 лет (ж)	5-17 лет (м)	18-54 лет (ж)	18-59 лет (м)	55 лет и старше (ж)	60 лет и старше (м)	
По данным медицинской организации											
По данным страховой медицинской организации											
Расхождение в сведениях между МО и СМО											

Руководитель МО (подпись) Ф.И.О.
М.П. Дата " ____ " _____ 20 ____ г.

Руководитель СМО (подпись) Ф.И.О.
М.П. Дата " ____ " _____ 20 ____ г.