



ЧЕЛЯБИНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ФОНД ОМС

454091, Россия, г. Челябинск, пл. МОПРа, 8а тел.: (351) 264 90 82, ф.: (351) 264 90 81 e-mail: dirfoms@chel.surnet.ru, www.ofoms-chel.ru

ПРИКАЗ

«23» ноября 2011г

№ 173

О внесении изменений в приказ ЧОФОМС от 31 декабря 2010 года № 793 «Об утверждении Временного порядка оформления полисов обязательного медицинского страхования застрахованным гражданам в страховых медицинских организациях и постановки их на учет в реестр застрахованного населения в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области»

На основании Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» № 326-ФЗ от 29 ноября 2010 года, Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» № 158н от 28 февраля 2011 года

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести следующие изменения в приложение к приказу ЧОФОМС от 31 декабря 2010 года № 793 «Об утверждении Временного порядка оформления полисов обязательного медицинского страхования застрахованным гражданам в страховых медицинских организациях и постановки их на учет в реестр застрахованного населения в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области» (далее именуется – Временный порядок):

1) пункт 2 Временного порядка дополнить подпунктами следующего содержания:

« 8) для граждан Российской Федерации по месту временной регистрации:

- документ, удостоверяющий личность (паспорт гражданина Российской Федерации, документ, временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта);

- свидетельство о регистрации по месту пребывания;

- страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования

(при наличии)

9) для представителя застрахованного лица:

- документ, удостоверяющий личность,

- доверенность на регистрацию в качестве застрахованного лица в выбранной страховой медицинской организации, оформленной в соответствии со статьей 185 части первой Гражданского кодекса Российской Федерации;

10) для законного представителя застрахованного лица:

- документ, удостоверяющий личность и (или) документ, подтверждающий полномочия законного представителя».

2) пункт 3 Временного порядка изложить в следующей редакции:

«Полис ОМС оформляется, переоформляется или выдается дубликат по форме заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, выдаче полиса обязательного медицинского страхования, (выдаче дубликата полиса) или переоформлении полиса (Приложение 4).

Полис ОМС оформляется (переоформляется) или выдается дубликат СМО в срок не более 10 рабочих дней со дня подачи застрахованным гражданином заявления о выборе СМО, заявления о выдаче дубликата полиса ОМС или переоформлении полиса ОМС.

Принятое заявление заверяется подписью представителя СМО, уполномоченного на прием заявлений о выборе (замене) СМО руководителем СМО, печатью СМО.

Заявления должны быть подшиты в папки, по 100 штук в каждой, в хронологической последовательности.

СМО ведет учет страховых медицинских полисов в Журнале регистрации приобретенных бланков страховых медицинских полисов (СМП), Журнале выдачи страховых медицинских полисов (СМП) застрахованным лицам, Карточке учета приобретенных и выданных страховых медицинских полисов (СМП) (приложение № 5)».

3. Отделу организации обязательного медицинского страхования и защиты прав застрахованных (Катьков В.А.) довести до сведения страховых медицинских организаций настоящий приказ в день его подписания.

4. Управлению информационных технологий (Севергина В.Г.) привести программный комплекс по приему и обработке информации от страховых медицинских организаций для постановки полисов обязательного медицинского страхования на учет в реестр застрахованного населения в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области в соответствии с Временным порядком.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

6. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

Исполнительный директор



М.Г. Вербитский

Согрина Анастасия Александровна
8.351.2644230
Сухенко Оксана Петровна
8.351.2644230

Приложение № 4

к Временному порядку оформления полисов
обязательного медицинского страхования
застрахованным гражданам в страховых
медицинских организациях и постановки их
на учет в реестр застрахованного населения
в системе обязательного медицинского
страхования Челябинской области

В _____
(наименование страховой медицинской организации)

ОТ _____
(Ф.И.О. гражданина)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) страховой медицинской организации, выдаче полиса
обязательного медицинского страхования, (выдаче дубликата полиса) или
переоформлении полиса (образец) ¹

Прошу выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь)
(нужное подчеркнуть) в соответствии с Федеральным законом «Об обязательном
медицинском страховании в Российской Федерации» ²

<input type="checkbox"/>	полис обязательного медицинского страхования	<input type="checkbox"/>	в форме бумажного бланка
<input type="checkbox"/>	переоформленный полис обязательного медицинского страхования	<input type="checkbox"/>	в форме пластиковой карты с электронным носителем
<input type="checkbox"/>	дубликат полиса обязательного медицинского страхования	<input type="checkbox"/>	в составе универсальной электронной карты гражданина
<input type="checkbox"/>	отказ от получения полиса обязательного медицинского страхования		

в связи с ²:

<input type="checkbox"/>	первичным получением полиса обязательного медицинского страхования единого образца
<input type="checkbox"/>	изменением фамилии, имени, отчества, пола, даты или места рождения
<input type="checkbox"/>	установлением неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе
<input type="checkbox"/>	ветхостью и непригодностью полиса
<input type="checkbox"/>	утратой ранее выданного полиса

¹ При заполнении заявления исправления не допускаются.

² Соответствующий пункт отметить знаком «V».

окончанием срока действия полиса³

1. Сведения о застрахованном лице

- 1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность⁴)
- 1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.3. Отчество⁵ _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")
- 1.5. Дата рождения _____
(число, месяц, год)
- 1.6. Место рождения _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.7. Вид документа, удостоверяющего личность _____
- 1.8. Серия⁶ _____ 1.9. Номер⁴ _____
- 1.10. Дата выдачи⁴ _____
- 1.11. Страховое свидетельство обязательного пенсионного страхования (СНИЛС) (при наличии) _____

2. Сведения о застрахованном лице до изменения или исправления анкетных данных⁷

- 2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.3. Отчество _____
(указывается в точном соответствии с записью в полисе)
- 2.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "V")
- 2.5. Дата рождения _____
(число, месяц, год)
- 2.6. Место рождения _____
(указывается в точном соответствии с записью с записью в полисе)

3. Сведения о представителе застрахованного лица⁸

- 3.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

³ Для иностранных граждан и лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации.

⁴ Для ребенка в возрасте до 14 лет – свидетельство о рождении

⁵ При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк

⁶ Сведения о документе, удостоверяющем личность

⁷ Указывается в случае замены полиса вследствие изменения, неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе

⁸ Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица

3.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

3.4. Отношение к застрахованному лицу мать отец иное (нужное отметить знаком "V")

3.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

3.6. Серия _____ 3.7. Номер _____

3.8. Дата выдачи _____

3.9. Контактный телефон: код _____ домашний _____ служебный _____

4. Я ознакомлен с Правилами обязательного медицинского страхования, базовой программой обязательного медицинского страхования, территориальной программой обязательного медицинского страхования, перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере ОМС на территории Челябинской области.

Мне предоставлена информация о правах застрахованного лица в сфере ОМС и контактные телефоны Челябинского областного фонда обязательного медицинского страхования и страховой медицинской организации, выдавшей полис обязательного медицинского страхования.

5. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись застрахованного лица/его представителя,
при личном обращении в СМО)⁹

Дата « ____ » _____ 20__ г.

6. Заявление принял _____
(фамилия представителя страховой медицинской организации)

М.П.

⁹ Нужно подчеркнуть

Приложение № 5

к Временному порядку оформления полисов обязательного медицинского страхования застрахованным гражданам в страховых медицинских организациях и постановки их на учет в реестр застрахованного населения в системе обязательного медицинского страхования Челябинской области

ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПРИОБРЕТЕННЫХ БЛАНКОВ ПОЛИСОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

№ п/п	Дата получения СМП	Номер и дата документа	Количество СМП	№№ СМП	Подпись ответственного за получение СМП
1	2	3	4	5	6

ЖУРНАЛ ВЫДАЧИ ПОЛИСОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫМ ЛИЦАМ

№ п/п	ФИО застрахованного лица (его законного представителя)	Дата подачи заявления о выборе (замене) СМО	Серия и номер выданного СМП	Дата фактической выдачи СМП	Подпись ответственного за выдачу СМП	Подпись застрахованного лица (его законного представителя) в получении СМП
1	2	3	4	5	6	7

КАРТОЧКА УЧЁТА ПРИОБРЕТЁННЫХ БЛАНКОВ ПОЛИСОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ И ВЫДАННЫХ ПОЛИСОВ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

№ п/п	Дата	Количество приобретенных СМП	Количество выданных СМП	Списано СМП	Остаток СМП
1	2	3	4	5	6

Все журналы должны быть прошнурованы, пронумерованы и скреплены печатью СМО.