



## ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА  
МОСКВЫ

МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО  
СТРАХОВАНИЯ

### П Р И К А З

«08» 07 2021 г.

№ 655/381

**О внесении изменений в приказ  
Департамента здравоохранения  
города Москвы и Московского  
городского фонда обязательного  
медицинского страхования  
от 27 апреля 2015 года № 335/142**

В соответствии с Законом города Москвы от 8 июля 2009 года № 25 «О правовых актах города Москвы», в целях совершенствования работы 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. Внести изменения в приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 года № 335/142 «Об утверждении Регламента прикреплению 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 редакции приказа Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 3 декабря 2015 года № 1047/454):

1.1. Пункт 4 приказа изложить в следующей редакции:

«4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **Старшинина А.В.** и заместителя директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, начальника Управления организации ОМС **Туринского Г.А.**».

1.2. Пункт 2.4 приложения к приказу изложить в следующей редакции:

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

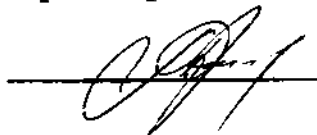
Медицинская организация посредством электронной связи, СМС-оповещения и иных способов информирования должна проинформировать родителей или иных законных представителей застрахованного лица, не достигшего совершеннолетия, в течение одного года до достижения им совершеннолетия о необходимости реализации его права на выбор медицинской организации, возникающего с момента наступления совершеннолетия.»

1.3. 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 приложения к приказу изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему приказу.


1.4. 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 приложения к приказу изложить в редакции согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Старшнина А.В. и заместителя директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования, начальника Управления организации ОМС Туринского Г.А.

**Министр Правительства Москвы,  
руководитель Департамента  
здравоохранения города Москвы**

  
А.И. Хрипун

**Директор Московского  
городского фонда обязательного  
медицинского страхования**

  
В.А. Зеленский

Приложение 1  
к приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
и Московского городского фонда  
обязательного медицинского  
страхования  
от «08» 07 2021 г. № 655/384

Внесение изменений в приложение к приказу Департамента здравоохранения города  
Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования  
от 27 апреля 2015 года № 335/142

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

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

### ЗАЯВЛЕНИЕ 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)

№ \_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией

В случае наличия временного свидетельства, даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы, с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

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 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, 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, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну следующим лицам:

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации  
заявления:

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

#### РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_ 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 приказу Департамента  
здравоохранения города Москвы  
и Московского городского фонда  
обязательного медицинского  
страхования  
от «08» 07 2021 г. № 655/381

Внесение изменений в приложение к приказу Департамента здравоохранения города  
Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования  
от 27 апреля 2015 года № 335/142

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

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

### ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, (нужное подчеркнуть),  
пол мужской/женский

представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_  
(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)

№ \_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, временного свидетельства даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

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 \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, 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 персональных данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном

носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну. при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну следующим лицам:

\_\_\_\_\_

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации  
заявления:

« \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

#### **РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_ 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.)