

Нашицы
Генеральный
Корпоративный
Служба
Решения
в рамках
24/7



АКС-М

Филиал в г. САМАРЕ

МЕДИЦИНСКАЯ АКЦИОНЕРНАЯ СТРАХОВАЯ КОМПАНИЯ

Россия, 443100, г. Самара, ул. Молодогвардейская, 139,
телефон (846) 313-03-30; тел факс (846) 313-03-20, e-mail makcm63@makcm.ru
ОГРН 1027739099772, ИНН 77020303511

«30» ноября 2022г.

Руководителям
медицинских организаций
Самарской области

Уважаемые руководители!

С 01 декабря 2022г. вступают в силу изменения Федерального закона № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации (в редакции Федерального закона от 06.12.2021 № 405-ФЗ).

В соответствие с вышеуказанными нормативными документами с 1 декабря 2022 года на территории РФ при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев получения экстренной медицинской помощи, граждане обязаны предъявить по своему выбору:

- документ, удостоверяющий личность (для детей до 14 лет – свидетельство о рождении),
- полис обязательного медицинского страхования на материальном носителе или выписку о полисе обязательного медицинского страхования или заявление о включении в единый реестр застрахованных лиц с отметкой о приеме заявления.

Образцы выписки и заявления прилагаем (приложения на 3 листах).

Ранее полученные полисы ОМС на бланке или в форме пластиковой карты с электронным носителем информации действительны и замены не требуют.

Убедительно просим Вас донести данную информацию до сотрудников Ваших медицинских организаций, для обеспечения бесперебойного получения застрахованными гражданами медицинской помощи и во избежание возникновения конфликтных ситуаций, жалоб и обращений граждан.

И.о. директора филиала

Чугунова О.В.

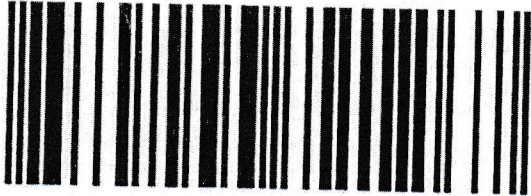
К	06
№	3282
от	02.12.2022

ОБРАЗЦА

Приложение № 6
к приказу Федерального фонда
обязательного медицинского
страхования
от «__» _____ 20__ г. № _____

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)

ОБРАЗЦЫ

Приложение № 1
к приказу Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
от «__» _____ 20__ г. № _____

ФОРМА

В _____
(наименование страховой медицинской организации (фирмы))
от Иванова Ивана Ивановича
(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 Иванов 1.2 Имя Иван
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
1.3 Отчество (при наличии) Иванович 1.4 Пол: муж. жен.
(нужное отметить знаком "V")
1.5 Категория застрахованного лица (нужное отметить знаком «V»):

- | | |
|---|---|
| <input checked="" 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

1.6 Дата рождения: 01.01.1970 1.7 Место рождения: с/пос. Самара
(число, месяц, год) (подпись застрахованного лица или его представителя)
(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 паспорт РФ

1.9 Серия 6500 Номер 123456 1.10 Дата выдачи 01.02.2015
Кем выдан Уполномоченный ФМС России по Самарской обл. 19011

1.11 Гражданство: Российская Федерация
(название государства; лицо без гражданства)

1.12 Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации⁴:

а) почтовый индекс 443001 б) субъект Российской Федерации Самарская
(республика, край, область, округ)
в) район _____ г) город Самара
д) населенный пункт _____ е) улица Молодежаробейская
(проспект, переулок и т.п.)
ж) № дома (владения) 159 з) корпус (строение) _____ и) квартира (ком.) 139
к) дата регистрации по месту жительства 15.02.2015
 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 (владения) _____ 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:

№ _____, с _____, дата подписания _____, с _____, по _____

- 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 _____

1.20 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) 063-123-426-78 с _____ по _____

1.21 Контактная информация:

1.21.1 Телефон (с кодом): мобильный 89277450102 домашний _____ служебный _____

1.21.2 Адрес электронной почты 123@mail.ru

1.22 Приоритетные способы информирования и (или) информационного сопровождения застрахованного лица:

<input type="checkbox"/>	SMS-информирование;	<input type="checkbox"/>	Почтовая рассылка;
<input checked="" type="checkbox"/>	Электронная почта;	<input type="checkbox"/>	Телефонный обзвон;
<input type="checkbox"/>	Информирование посредством системы обмена текстовыми сообщениями для мобильных платформ (мессенджеры);	<input type="checkbox"/>	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: _____

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 _____

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 Полис обязательного медицинского страхования (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 определённого 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

Иванов _____ Дата: 01.12.2021
(подпись застрахованного лица/его представителя)¹² (расшифровка подписи) (число, месяц, год)

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

М.П. _____
