

***Вебинар по услуге  
«Прикрепление граждан к медицинской  
организации при оказании им медицинской  
помощи»***

Дмитриева Ольга Николаевна

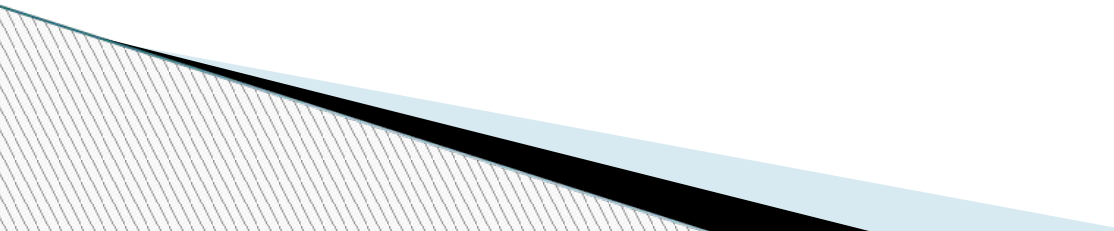
Заместитель директора ГБУ Медицинский  
информационно-аналитический центр Московской области



# На региональном уровне

**Приказ Министерства здравоохранения МО  
от 01 марта 2018 г. N 259**

**"Об утверждении временного Порядка  
предоставления государственной услуги  
«Прикрепление граждан к медицинской организации  
при оказании им медицинской помощи»**



# Кто имеет право на получение Государственной услуги

Застрахованные лица из числа граждан Российской Федерации, иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе беженцы (далее – Заявитель).

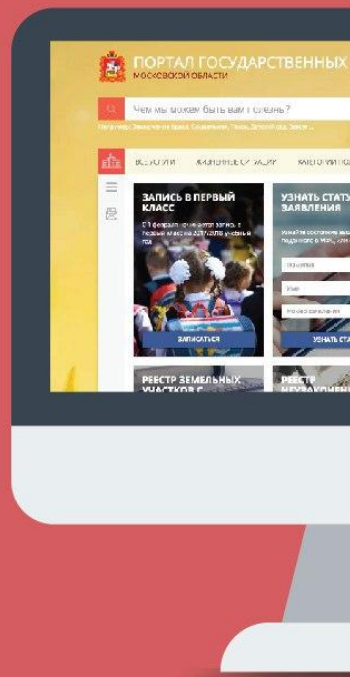
Категории лиц, имеющих право на получение Государственной услуги:

- ***Дети после государственной регистрации рождения и до 14 лет;***
- ***Лица от 14 лет и старше.***

Интересы лиц, могут представлять, иные лица, действующие в интересах Заявителя на основании документа, удостоверяющего его полномочия, либо в соответствии с законодательством Российской Федерации (законные представители: родитель, усыновитель, опекун (попечитель) (далее – Представитель заявителя).



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ



**ПРИКРЕПИТЬСЯ  
К ЭТОМУ ЛПУ  
МОЖНО ЧЕРЕЗ  
ПОРТАЛ ГОСУСЛУГ  
[USLUGI.MOSREG.RU](http://USLUGI.MOSREG.RU)**

**С 1 МАРТА 2018**

- Не нужно предоставлять сканы документов
- Срок принятия решения сокращен до 5 дней

После прикрепления вам доступны следующие услуги **ONLINE**:

- ✓ Запись к врачу
- ✓ Вызов врача на дом

При возникновении вопросов обращайтесь по телефону

**8 (800) 550 50 30**

# **А если нет компьютера и (или) интернета! Что делать?**

В МФЦ Заявителю (Представителю заявителя) обеспечивается бесплатный доступ к РПГУ для получения услуги в электронном виде

Справочная информация о месте нахождения, графике работы, контактных телефонах, адресах электронной почты МФЦ размещена в электронном виде на официальном сайте МФЦ

# Как называется услуга на портале? <https://uslugi.mosreg.ru/>

←

## Прикрепление граждан к медицинской организации при оказании им медицинской помощи.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

### ЭЛЕКТРОННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ

Оформите заявление и получите результат не выходя из дома.

**ОФОРМИТЬ ЗАЯВЛЕНИЕ**

### ЗАПИСЬ НА ПРИЁМ

Возможность записи на данный момент не осуществляется

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОПЛАТЕ

Часть услуг предоставляется бесплатно, часть платно. Более подробная информация в разделе "Оплата".

Государственная Услуга «Прикрепление граждан к медицинской организации при оказании им медицинской помощи» предназначена для застрахованных по программе ОМС граждан, фактически проживающих на территории Московской области.

Для получения услуги Заявитель может направить в электронном виде заявление на получение услуги через портал государственных и муниципальных услуг Московской области (Портал).

Заявитель также может обратиться с комплектом документов лично в регистратуру учреждения здравоохранения.

От имени Заявителя заявление может быть подано представителем Заявителя, действующим в его интересах, на основании документов удостоверяющих соответствующие полномочия, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (представитель по доверенности или законный представитель: родитель, усыновитель, опекун (попечитель)).

### ПОЖАЛОВАТЬСЯ

Нашли ошибку? Не смогли воспользоваться услугой или записаться на прием? Сообщите нам об этом!

**СООБЩИТЬ**

### РЕЙТИНГ УСЛУГИ

Подано 5232 заявления

Количество просмотров: 413679

★ ★ ★ ☆ ☆ 393 оценки

★★★★★ \_\_\_\_\_

★★★★★ \_\_\_\_\_

★★★★★ \_\_\_\_\_

★★★★★ \_\_\_\_\_

★★★★★ \_\_\_\_\_

# Прикрепление к поликлинике

ЗАПОЛНЕНО НА 33%

## 1. СОГЛАСИЕ

2. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

3. ЗАЯВИТЕЛЬ

4. ЗАЯВЛЕНИЕ

5. ПРЕДПРОСМОТР

### ТРЕБУЕТСЯ ВАШЕ СОГЛАСИЕ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПУНКТАМ:

- Я подтверждаю, что вся представленная информация является достоверной и точной;
- Я несу ответственность в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации за предоставление заведомо ложных или неполных сведений;
- Я выражаю свое согласие на необходимое использование и обработку своих персональных данных, в том числе в информационных системах;
- Со сроками оказания государственной услуги ознакомлен;

Я подтверждаю свое согласие со всеми вышеперечисленными пунктами

Не смогли подать заявку?

Сообщите нам об этом:

Телефон +7 (498) 602-30-01, адрес электронной почты [pgu.support@mosreg.ru](mailto:pgu.support@mosreg.ru)



Черновик сохранен  
22.03.2018, 17:39:56

< Назад

Далее >

# Прикрепление к поликлинике

ЗАПОЛНЕНО НА 33%

1. СОГЛАСИЕ

2. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

3. ЗАЯВИТЕЛЬ

4. ЗАЯВЛЕНИЕ

5. ПРЕДПРОСМОТР

ХОЧУ ПРИКРЕПИТЬ РЕБЕНКА ИЛИ ИНОЕ  
ЛИЦО \*

Да

Нет

< Назад

Далее >

413679



1. СОГЛАСИЕ
2. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
3. ЗАЯВИТЕЛЬ
4. ЗАЯВЛЕНИЕ
5. ПРЕДПРОСМОТР

ХОЧУ ПРИКРЕПИТЬ РЕБЕНКА ИЛИ ИНОЕ ЛИЦО \*

- Да  
 Нет

## ПРЕДСТАВИТЕЛЬ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ФАМИЛИЯ \*

ИМЯ \*

ОТЧЕСТВО

ПОЛ \*

Выберите

ДАТА РОЖДЕНИЯ \*

МЕСТО РОЖДЕНИЯ

ИНН

СНИЛС \*

## КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ЗАПОЛНЕНО

## КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

ЗАПОЛНЕНО

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС

Нажмите, чтобы ввести данные..

ТЕЛЕФОН ДЛЯ СВЯЗИ \*

+7(905)3994086

АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ

lleenna101@gmail.com

ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПОЛНОМОЧИЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

< Назад

Далее >

ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ  
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ДОКУМЕНТ \*

Паспорт гражданина РФ

СЕРИЯ \*

Не заполнено

НОМЕР \*

Не заполнено

ДАТА ВЫДАЧИ \*

xx.xx.xxxx

КЕМ ВЫДАН \*

Не заполнено

КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

xxx-xxx

ДОКУМЕНТ, ПОДТВЕРЖДАЮЩИЙ ПОЛНОМОЧИЯ  
ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ДОКУМЕНТ \*

Выберите

СЕРИЯ

?

НОМЕР \*

Не заполнено

?

ДАТА ВЫДАЧ \*

xx.xx.xxxx

МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
РЕГИСТРАЦИИ \*

Не заполнено

< Назад

Далее >

1. СОГЛАСИЕ
2. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
3. ЗАЯВИТЕЛЬ
4. ЗАЯВЛЕНИЕ
5. ПРЕДПРОСМОТР

## ЗАЯВИТЕЛЬ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ПРИКРЕПЛЯЕМЫЙ ГРАЖДАНИН \*

ФАМИЛИЯ \*

ИМЯ \*

ОТЧЕСТВО

ДАТА РОЖДЕНИЯ \*

ПОЛ \*

МЕСТО РОЖДЕНИЯ

СНИЛС \*

АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ \*

ДАТА РЕГИСТРАЦИИ \*

Адрес проживания совпадает с адресом регистрации

АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ \*

## ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

СЕРИЯ

НОМЕР \*

ДАТА ВЫДАЧИ \*

КЕМ ВЫДАН \*

КОД ПОДРАЗДЕЛЕНИЯ

< Назад

Далее >

# Прикрепление к поликлинике

ЗАПОЛНЕНО НА 67%

1. СОГЛАСИЕ
2. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
3. ЗАЯВИТЕЛЬ
- 4. ЗАЯВЛЕНИЕ**
5. ПРЕДПРОСМОТР

## СВЕДЕНИЯ О ПРИКРЕПЛЕНИИ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

ВЫБЕРИТЕ МЕДИЦИНСКУЮ  
ОРГАНИЗАЦИЮ ДЛЯ  
ПРИКРЕПЛЕНИЯ \*

Выберите

Не прикреплен

В КАКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ОРГАНИЗАЦИИ ВЫ НАХОДИТЕСЬ НА  
ОБСЛУЖИВАНИИ НА МОМЕНТ  
ПОДАЧИ ЗАЯВЛЕНИЯ? \*

Выберите

## ДАННЫЕ О СТРАХОВОМ МЕДИЦИНСКОМ ПОЛИСЕ

НЕ ЗАПОЛНЕНО

СЕРИЯ ПОЛИСА (ПРИ НАЛИЧИИ)

НОМЕР \*

Не заполнено

< Назад

Далее >

# Прикрепление к поликлинике

ЗАПОЛНЕНО НА 100%

1. СОГЛАСИЕ
2. ПРЕДСТАВИТЕЛЬ
3. ЗАЯВИТЕЛЬ
4. ЗАЯВЛЕНИЕ
5. ПЕРЕПРОВЕРКА

## ЗАЯВИТЕЛЬ

<b>ФАМИЛИЯ</b>	Иванов
<b>ИМЯ</b>	Иван
<b>ОТЧЕСТВО</b>	Иванович
<b>ДАТА РОЖДЕНИЯ</b>	20.08.1986
<b>ПОЛ</b>	мужской
<b>СНИЛС</b>	111-111-111-11
<b>АДРЕС РЕГИСТРАЦИИ</b>	111111, Российская Федерация, Москва г., г. Москва
<b>ДАТА РЕГИСТРАЦИИ</b>	11.11.2011
<b>АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ СОВПАДАЕТ С АДРЕСОМ РЕГИСТРАЦИИ</b>	да

## ДОКУМЕНТ УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ

<b>ДОКУМЕНТ</b>	Паспорт гражданина РФ
<b>СЕРИЯ</b>	1111
<b>НОМЕР</b>	111111
<b>ДАТА ВЫДАЧИ</b>	11.11.2001
<b>КЕМ ВЫДАН</b>	11111

От имени Заявителя заявление может быть подано представителем Заявителя, действующим в его интересах, на основании документов удостоверяющих соответствующие полномочия, в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации (представитель по доверенности или законный представитель: родитель, усыновитель, опекун (попечитель)).

В случае подачи заявления представителем Заявителя, **при первом посещении** медицинской организации Заявителю или сопровождающему его представителю **необходимо иметь при себе оригиналы документов**, указанных в заявлении, и предъявить их ответственному сотруднику медицинской организации для сверки данных и завершения процесса оказания Услуги.

# Перечень представляемых заявителем документов в ЛПУ

1. Заявление на получение Государственной услуги;
2. Полис обязательного медицинского страхования;
3. Документ, удостоверяющий личность заявителя.

## **При подаче Заявления представителем Заявителя:**

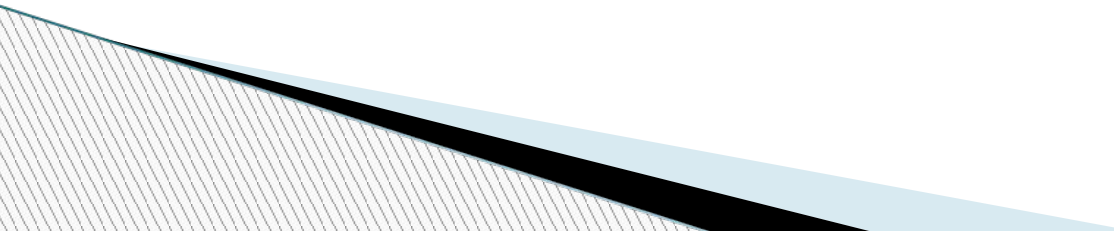
1. Документ, подтверждающий личность Представителя заявителя;
2. Документ, удостоверяющий полномочия Представителя заявителя  
(в качестве такого документа могут быть предоставлены:
  - оформленная в соответствии с законодательством Российской Федерации доверенность (для физических лиц);
  - распорядительный акт (распоряжение, приказ, решение, постановление)) уполномоченного органа опеки и попечительства о назначении опекуна (попечителя);
  - опекунское удостоверение;
  - свидетельство об усыновлении

И иные документы, подтверждающие полномочия Заявителя в соответствии с действующим законодательством.

*Документы, составленные на иностранном языке, подлежат переводу на русский язык. Верность перевода и подлинность подписи переводчика свидетельствуются в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о нотариате.*

# СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

Срок предоставления  
Государственной услуги составляет  
не более 10 рабочих дней  
с даты регистрации Заявления в Министерстве.





# РЕЗУЛЬТАТ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ

1. Решение о прикреплении к медицинской организации;
2. Решение об отказе в прикреплении к медицинской организации.

# Основания для отказа в приеме документов

1. Обращение за предоставлением Государственной услуги без предъявления документа, позволяющего установить личность Заявителя (Представителя заявителя).
2. Документы содержат подчистки и исправления текста.
3. Документы имеют исправления, не заверенные в установленном законодательством Российской Федерации порядке.
4. Документы содержат повреждения, наличие которых не позволяет однозначно истолковать их содержание.
5. Документы утратили силу на момент обращения за предоставлением Государственной услуги.
6. Некорректное заполнение обязательных полей в Заявлении, в случае обращения представителя Заявителя, не уполномоченного на подписание Заявления.
7. Качество представленных документов не позволяет в полном объеме прочитать сведения, содержащиеся в документах.
8. Форма поданного Заявителем (Представителем заявителя) Заявления не соответствует форме Заявления, установленной Административным регламентом.
9. Представлен неполный комплект документов

Спасибо за внимание!

