

## **ПРАВИЛА обязательного медицинского страхования (выдержка)**

### **IV. Порядок выдачи полиса обязательного медицинского страхования либо временного свидетельства застрахованному лицу**

36. В соответствии с [частью 2 статьи 51](#) Федерального закона полисы, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до дня вступления в силу Федерального [закона](#), являются действующими до замены их на полисы единого образца.

37. Гражданам Российской Федерации полис выдается без ограничения срока действия.

38. Постоянно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года.

39. Лицам, имеющим право на получение медицинской помощи в соответствии с Федеральным [законом](#) "О беженцах", выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока пребывания, установленного в документах, указанных в [подпункте 3 пункта 14](#) настоящих Правил.

40. Временно проживающим на территории Российской Федерации иностранным гражданам и лицам без гражданства выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия разрешения на временное проживание.

41. Временно пребывающим в Российской Федерации трудящимся государств - членов ЕАЭС выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока действия трудового договора, заключенного с трудящимся государства - члена ЕАЭС.

42. Временно пребывающим в Российской Федерации иностранным гражданам, относящимся к категории членов коллегии Комиссии, должностных лиц и сотрудников органов ЕАЭС, выдается бумажный полис со сроком действия до конца календарного года, но не более срока исполнения ими соответствующих полномочий.

43. При обращении граждан, указанных в [пунктах 38 - 42](#) настоящих Правил, для оформления полиса в период с 1 ноября до 31 декабря текущего года, выдается бумажный полис со сроком действия до конца следующего календарного года, но не более срока пребывания, действия вида на жительство, действия разрешения на временное проживание, действия трудового договора или исполнения соответствующих полномочий.

44. В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация (иная организация), в которую было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, выдает застрахованному лицу оформленные страховой медицинской организацией (иной организацией) полис либо временное свидетельство. Временное свидетельство выдается в форме бумажного бланка или электронного документа (далее - временное свидетельство в электронной форме). Временное свидетельство оформляется в электронной форме при подаче заявления через официальный сайт территориального фонда либо посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

45. В день подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) застрахованному лицу через Единый портал государственных и муниципальных услуг (функций) территориальным фондом направляется уведомление о принятии заявления и возможности личного обращения в страховую медицинскую организацию для получения временного свидетельства на бумажном бланке или о факте размещения в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) временного свидетельства в электронной форме.

46. Страховая медицинская организация, выбранная застрахованным лицом при осуществлении замены страховой медицинской организации на основании заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации, вносит сведения о страховой медицинской организации в полис в день подачи застрахованным лицом заявления и направляет информацию в территориальный фонд.

47. Временное свидетельство на бумажном бланке должно содержать:

- 1) наименование страховой медицинской организации с указанием адреса и контактного телефона;

- 2) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 3) дату рождения застрахованного лица;
- 4) место рождения застрахованного лица;
- 5) пол застрахованного лица;
- 6) серию и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;
- 7) номер и дату выдачи временного свидетельства;
- 8) срок действия временного свидетельства;
- 9) фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства;
- 10) подпись представителя страховой медицинской организации, уполномоченного на осуществление функций по выдаче временного свидетельства.

Временное свидетельство в электронной форме заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации, уполномоченного руководителем страховой медицинской организации на прием заявлений о выборе (замене) страховой медицинской организации, визуализируется и должно содержать:

- 1) наименование страховой медицинской организации с указанием адреса и контактного телефона;
- 2) фамилию, имя, отчество (при наличии) застрахованного лица;
- 3) дату рождения застрахованного лица;
- 4) место рождения застрахованного лица;
- 5) пол застрахованного лица;
- 6) серию и номер документа, удостоверяющего личность, сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе;
- 7) номер и дату выдачи временного свидетельства;
- 8) срок действия временного свидетельства;
- 9) фамилию, имя, отчество (при наличии) представителя страховой медицинской организации.

48. Временное свидетельство действительно до момента получения полиса, но не более сорока пяти рабочих дней с даты его выдачи.

49. Не позднее одного рабочего дня, следующего за днем обращения застрахованного лица с заявлением о выборе (замене) страховой медицинской организации, страховая медицинская организация передает информацию о застрахованном лице, подавшем заявление, в территориальный фонд. Территориальный фонд, получивший информацию от страховой медицинской организации и через официальный сайт, в течение трех рабочих дней осуществляет проверку на наличие у застрахованного лица действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц и в течение одного рабочего дня со дня получения сведений из единого регистра застрахованных лиц направляет результаты проверки в страховую медицинскую организацию.

50. В случае выявления действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц страховая медицинская организация в течение одного рабочего дня со дня получения сведений из территориального фонда уведомляет застрахованное либо его законного представителя об отказе в выдаче ему полиса с указанием мотивов отказа.

51. В случае отсутствия действующего полиса в едином регистре застрахованных лиц территориальный фонд включает сведения о застрахованном лице в заявку на изготовление полисов (дубликатов полисов) (далее - заявка).

52. Территориальный фонд ежедневно, в случае наличия данных, формирует в электронном виде заявку, которая подписывается усиленной квалифицированной электронной подписью уполномоченного работника территориального фонда и направляется в Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее - Федеральный фонд).

53. Общий срок с даты подачи застрахованным лицом заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации до направления территориальным фондом заявки в Федеральный фонд, с учетом сроков, установленных [пунктами 49 - 52](#) настоящих Правил, не должен превышать пяти рабочих дней.

54. Перечень сведений, включаемых в заявку, должен соответствовать единым требованиям к полису, предусмотренным главой III настоящих Правил.

55. Заявка также должна содержать информацию о форме полиса (бумажный, электронный).

56. На основании заявок территориальных фондов Федеральный фонд организует изготовление и доставку полисов территориальным фондам в срок, не превышающий четырнадцати рабочих дней со дня поступления заявки от территориального фонда.

57. Территориальный фонд информирует страховые медицинские организации о получении полисов в течение двух рабочих дней со дня их получения.

58. Страховая медицинская организация:

1) в течение трех рабочих дней с даты получения сведений из территориального фонда информирует: застрахованное лицо или законного представителя в письменной форме о факте страхования и необходимости получения полиса;

территориальный фонд для размещения информации в личном кабинете Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) о готовности полиса и необходимости его получения, в случае подачи заявления посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций);

2) обеспечивают выдачу застрахованному лицу полиса в порядке, установленном [статьей 46](#) Федерального закона;

3) предоставляют застрахованному лицу информацию о его правах и обязанностях.

Застрахованное лицо расписывается в получении полиса в журнале регистрации выдачи полисов.

59. Территориальные фонды организуют информирование застрахованных лиц об изготовленных полисах через официальные сайты или через личный кабинет Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций) в случае подачи заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации в электронной форме посредством личного кабинета Единого портала государственных и муниципальных услуг (функций).

60. Застрахованные лица обязаны уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.

В случаях изменения фамилии, имени, отчества осуществляется переоформление полиса.

61. Переоформление полиса осуществляется также в случаях:

1) изменения даты рождения и пола застрахованного лица;

2) установления неточности или ошибочности сведений, содержащихся в полисе;

3) необходимости продления действия полиса гражданам, указанным в [пунктах 38 - 42](#) настоящих Правил, при сохранении у них права на обязательное медицинское страхование в следующем календарном году.

62. Переоформление полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о переоформлении. Переоформление полиса осуществляется при предъявлении документов, подтверждающих изменения.

63. Выдача дубликата полиса осуществляется по заявлению застрахованного лица о выдаче дубликата полиса, в случаях:

1) ветхости и непригодности полиса для дальнейшего использования (утрата частей документа, разрывы, частичное или полное выцветание текста, механическое повреждение электронного полиса и другие);

2) утери полиса.

64. [Заявление](#) о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса должно содержать сведения, указанные в [подпунктах 1 - 3](#) и [5 пункта 6](#) настоящих Правил.

65. Заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса подаются в соответствии с [пунктами 7 и 8](#) настоящих Правил.

66. Принятое заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса заверяется подписью представителя страховой медицинской организации (иной организации), а также печатью страховой медицинской организации (иной организации), при наличии печати.

67. Принятое заявление о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса, оформленное в электронном виде на Едином портале государственных и муниципальных услуг (функций), заверяется усиленной квалифицированной электронной подписью представителя страховой медицинской организации.

68. В случае переоформления полиса, смерти застрахованного лица, приостановления действия полиса, а также окончания срока его действия территориальными фондами вносится соответствующая отметка в региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц.

69. В территориальных фондах, страховых медицинских организациях (иных организациях) приказом руководителя организации определяется круг лиц, имеющих доступ к персональным данным, необходимым для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования.

70. Выдача полисов осуществляется в предназначенных для этих целей помещениях (пунктах выдачи), в том числе мобильных, организованных на территории субъекта Российской Федерации страховыми медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление страхования по виду деятельности - обязательное медицинское страхование на территории данного субъекта Российской Федерации, либо иными организациями.

Для передвижения лиц с ограниченными возможностями, включая инвалидов, помещения оборудуются пандусами, специальными ограждениями и перилами, обеспечивающими беспрепятственное передвижение, в том числе с использованием инвалидных колясок. Инвалидам с нарушением слуха и (или)

речи, инвалидам по зрению и другим гражданам с ограниченными возможностями при необходимости оказывается соответствующая помощь.

Страховые медицинские организации (иные организации) могут организовать выдачу полисов в месте нахождения застрахованного лица.

71. Страховые медицинские организации (иные организации) обязаны ознакомить застрахованных лиц, получающих полис, с настоящими Правилами, базовой программой обязательного медицинского страхования (далее - базовая программа), территориальной программой обязательного медицинского страхования (далее - территориальная программа), перечнем медицинских организаций, участвующих в сфере обязательного медицинского страхования в субъекте Российской Федерации. Одновременно с полисом застрахованному лицу страховая медицинская организация (иная организация) предоставляет информацию о правах застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования, о порядке информационного сопровождения на всех этапах оказания им медицинской помощи, контактные телефоны территориального фонда и страховой медицинской организации, выдавшей полис, которая может доводиться до застрахованных лиц в виде печатных информационных материалов (памятки, брошюры).

72. Территориальный фонд организует изготовление бланков временных свидетельств с учетом заявок страховых медицинских организаций, поданных в территориальный фонд, с обоснованием количества бланков.

73. Бланки временных свидетельств учитываются как бланки строгой отчетности в случае оформления временного свидетельства в форме бумажного бланка.

74. Испорченные, недействительные и не востребовавшие полисы и временные свидетельства хранятся в страховой медицинской организации в течение трех лет с даты приема заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации и/или заявления о выдаче дубликата полиса или переоформлении полиса. По истечении срока хранения они подлежат списанию и уничтожению по решению комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств, признанных недействительными, создаваемой приказом страховой медицинской организации, согласованным с территориальным фондом, с оформлением [акта](#) списания и уничтожения полисов и временных свидетельств, признанных недействительными или не востребовавшими.

75. В состав комиссии по списанию и уничтожению полисов и временных свидетельств, признанных недействительными, включаются представители территориального фонда и страховой медицинской организации.