

Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы и МГФОМС от
28.12.2023 N 1296/691

"О совершенствовании порядка и условий прикрепления, а также учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве"

(вместе с "Регламентом прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "Стоматология", применяющим способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц", "Регламентом предоставления услуги "Прикрепление граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь" в электронной форме")

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 05.06.2024

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

**МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ**

ПРИКАЗ

от 28 декабря 2023 г. N 1296/691

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ПОРЯДКА И УСЛОВИЙ ПРИКРЕПЛЕНИЯ, А ТАКЖЕ

УЧЕТА ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ В ГОРОДЕ МОСКВЕ

В соответствии со [статьей 16](#) Федерального закона от 29 ноября 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации", [статьей 21](#) Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", [приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи", в целях совершенствовании порядка и условий прикрепления, а также учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология", применяющим способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию в городе Москве, приказываем:

1. Утвердить:

1.1. [Регламент](#) прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология", применяющим способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (приложение 1 к настоящему приказу).

1.2. [Регламент](#) предоставления услуги "Прикрепление граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь" в электронной форме (приложение 2 к настоящему приказу).

2. Руководителям медицинских организаций, участвующих в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология", организовать работу по реализации права гражданина на выбор медицинской организации для оказания ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с утвержденными Регламентами.

3. Признать утратившими силу:

3.1. [Приказ](#) Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 г. N 335/142 "Об утверждении Регламента 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".

3.2. **Приказ** Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 31 июля 2015 г. N 647/261 "Об утверждении Регламента предоставления услуги "Прикрепление граждан, застрахованных по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь" в электронной форме".

3.3. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 3 декабря 2015 г. N 1047/454 "О внесении изменений в приказы Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 г. N 335/142 и от 31 июля 2015 г. N 647/261".

3.4. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 30 ноября 2017 г. N 835/450 "О внесении изменений в совместный приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 31 июля 2015 г. N 647/261".

3.5. **Приказ** Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 21 августа 2018 г. N 573/377 "О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 31 июля 2015 г. N 647/261".

3.6. **Приказ** Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 8 июля 2021 г. N 655/381 "О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 27 апреля 2015 года N 335/142".

3.7. **Приказ** Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 9 июля 2021 г. N 656/380 "О внесении изменений в приказ Департамента здравоохранения города Москвы и Московского городского фонда обязательного медицинского страхования от 31 июля 2015 г. N 647/261".

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей руководителя Департамента здравоохранения города Москвы Старшину А.В. и Хавкину Е.Ю., заместителя директора Московского городского фонда обязательного медицинского страхования - начальника Управления организации ОМС Преображенскую М.И.

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы
А.И. Хрипун

Директор Московского
городского фонда обязательного
медицинского страхования
И.А. Урванова

Приложение 1
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
и Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования
от 28 декабря 2023 г. N 1296/691

**РЕГЛАМЕНТ
ПРИКРЕПЛЕНИЯ И УЧЕТА ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ НА ТЕРРИТОРИИ
ГОРОДА МОСКВЫ, К МЕДИЦИНСКИМ ОРГАНИЗАЦИЯМ, УЧАСТВУЮЩИМ
В РЕАЛИЗАЦИИ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО
МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ПЕРВИЧНУЮ
МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, А ТАКЖЕ ПЕРВИЧНУЮ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ ПО ПРОФИЛЮ
"СТОМАТОЛОГИЯ", ПРИМЕНЯЮЩИМ СПОСОБ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ПО ПОДУШЕВОМУ НОРМАТИВУ ФИНАНСИРОВАНИЯ НА ПРИКРЕПИВШИХСЯ ЛИЦ**

1. Общие положения

1.1. Регламент прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования (далее - Территориальная программа ОМС) и оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология", применяющим способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее - Регламент), регулирует вопросы взаимодействия участников ОМС в части порядка прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы (далее - застрахованные лица), к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология", применяющим способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц (далее - Медицинские организации).

Действие настоящего Регламента не распространяется на правоотношения по выбору медицинской организации военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

1.2. Выбор или замена медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология", осуществляется застрахованным лицом, достигшим совершеннолетия либо приобретшим дееспособность в полном объеме до достижения совершеннолетия (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями), путем

обращения в медицинскую организацию, оказывающую первичную медико-санитарную помощь и (или) первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология", с заявлением о выборе медицинской организации (далее - заявление).

1.3. Для получения первичной медико-санитарной помощи и (или) первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология" застрахованные лица имеют право осуществить выбор или замену медицинской организации, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина) с даты регистрации предыдущего заявления о выборе медицинской организации в подсистеме "Региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц города Москвы" автоматизированной информационной системы обязательного медицинского страхования (далее - РС ЕРЗЛ).

1.4. Для участников системы ОМС города Москвы РС ЕРЗЛ является уникальным источником информации при установлении (проверке) страховой принадлежности застрахованных лиц и данных об их прикреплении к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, и медицинской организации, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология".

1.5. Медицинская организация осуществляет учет прикрепленных застрахованных по ОМС и несет ответственность перед страховыми медицинскими организациями и Московским городским фондом обязательного медицинского страхования (далее - МГФОМС) за недостоверность информации о прикреплении застрахованных лиц.

2. Взаимоотношения застрахованных лиц и медицинских организаций

2.1. Заявление о выборе застрахованным лицом медицинской организации подается от имени застрахованного лица или его представителя на имя руководителя медицинской организации по формам согласно [приложениям 1 и 2](#) к настоящему Регламенту.

2.2. При подаче заявления предъявляются оригиналы документов в соответствии с [пунктом 5](#) приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. N 406н "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи" (далее - приказ Минздравсоцразвития России N 406н).

2.3. При осуществлении выбора медицинской организации застрахованное лицо должно быть ознакомлено:

2.3.1. Медицинской организацией, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, - с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, с порядком оказания медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому, с порядком организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического

оборудования).

2.3.2. Медицинской организацией, оказывающей первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология":

- с перечнем врачей-специалистов и количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию;

- с порядком организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

2.4. Медицинская организация обязана проинформировать застрахованное лицо о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи или первичной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология" только к одной медицинской организации.

2.5. По результатам ознакомления оформляется "Информированное **согласие** с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации" или "Информированное **согласие** с условиями предоставления первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология" при выборе медицинской организации" по формам согласно приложениям 3 и 4 к настоящему Регламенту.

2.6. В течение двух рабочих дней с даты приема заявления медицинская организация осуществляет запрос в РС ЕРЗЛ для установления (проверки) страховой принадлежности застрахованного лица и прикрепления к Медицинской организации.

2.7. Руководитель медицинской организации в сроки, установленные **пунктами 7 - 9** приказа Минздравсоцразвития России N 406н:

2.7.1. При наличии в РС ЕРЗЛ информации о прикреплении застрахованного лица к другой медицинской организации по территориальному признаку либо по заявлению, зарегистрированному в РС ЕРЗЛ более одного года назад, принимает решение о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации.

С даты принятия решения о прикреплении застрахованное лицо принимается на медицинское обслуживание.

2.7.2. При наличии в РС ЕРЗЛ информации о прикреплении застрахованного лица к другой медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере обязательного медицинского страхования медицинской организации по заявлению, зарегистрированному в РС ЕРЗЛ менее одного года назад (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания застрахованного лица), отказывает застрахованному лицу в прикреплении к медицинской организации с указанием в заявлении в качестве мотивированной причины отказа - "В течение года по инициативе гражданина уже изменялось прикрепление к медицинской организации".

2.7.3. Информировывает застрахованное лицо (его представителя) посредством почтовой связи, электронной связи, СМС-оповещения, иных способов о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации либо об отказе в прикреплении с указанием мотивированной причины отказа.

По требованию застрахованного лица (его представителя) на руки выдается копия заявления с решением руководителя медицинской организации, заверенная в установленном порядке.

2.8. Лицо, уполномоченное медицинской организацией, принявшей заявление, в день принятия руководителем медицинской организации решения о прикреплении застрахованного лица:

2.8.1. Осуществляет сканирование и сохранение в РС ЕРЗЛ подписанного руководителем медицинской организации заявления о выборе медицинской организации.

2.8.2. В случае если застрахованное лицо на момент подачи заявления имело прикрепление к другой медицинской организации, направляет посредством электронной связи или иным способом в указанную медицинскую организацию уведомление о прикреплении застрахованного лица к медицинской организации, принявшей заявление, а также в страховую медицинскую организацию, выбранную гражданином.

2.9. После получения уведомления, указанного в [пункте 2.8.2](#) настоящего Регламента, медицинская организация, к которой застрахованное лицо имело прикрепление на момент подачи заявления, в течение трех рабочих дней направляет копию медицинской документации застрахованного лица в медицинскую организацию, принявшую заявление.

2.10. Застрахованные лица, прикрепленные к медицинским организациям по территориальному признаку, сохраняют прикрепление к данным медицинским организациям до момента подачи ими заявления о выборе другой медицинской организации.

2.11. Заявления с результатами их рассмотрения подлежат учету и хранению в медицинской организации в течение всего срока прикрепления застрахованного лица к данной медицинской организации. В случае прикрепления застрахованного лица к другой медицинской организации заявление застрахованного лица, ранее прикрепленного к данной медицинской организации, хранится в данной медицинской организации в течение трех лет с даты получения уведомления, указанного в [пункте 2.8.2](#) настоящего Регламента.

Заявления, содержащие мотивированный отказ в прикреплении, хранятся в медицинской организации в течение трех лет с даты получения заявления.

Заявления предъявляются медицинской организацией страховым медицинским организациям, МГФОМС при проведении контрольных мероприятий.

3. Взаимоотношения медицинских организаций, страховых медицинских организаций и МГФОМС

Актуализация РС ЕРЗЛ и информационное взаимодействие в АИС ОМС между страховыми медицинскими организациями, медицинскими организациями, участвующими в реализации Территориальной программы ОМС, оказывающими первичную медико-санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология", применяющими способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц, и МГФОМС осуществляется в режиме реального времени с использованием ресурсов веб-сервисов через информационно-телекоммуникационную сеть Интернет.

Приложение 1
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному
медицинскому страхованию на территории
города Москвы, к медицинским
организациям, участвующим в реализации
территориальной программы обязательного
медицинского страхования, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь,
а также первичную специализированную
медико-санитарную помощь по профилю
"стоматология", применяющим способ
оплаты медицинской помощи
по подушевому нормативу финансирования
на прикрепившихся лиц

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 № _____, выдан страховой
медицинской организацией _____
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 (указать): _____
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 (иного документа, удостоверяющего личность), 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.

Копию заявления получил _____ (_____)
(подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 2
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному
медицинскому страхованию на территории
города Москвы, к медицинским
организациям, участвующим в реализации
территориальной программы обязательного
медицинского страхования, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь,
а также первичную специализированную
медико-санитарную помощь по профилю
"стоматология", применяющим способ
оплаты медицинской помощи
по подушевому нормативу финансирования
на прикрепившихся лиц

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 _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
представителем которого я являюсь: _____

(попечительство и т.д., а также вид,
номер, дата и место выдачи документа,
подтверждающего право представителя)

_____ для оказания первичной медико-санитарной помощи к

_____ (полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования № _____, выдан страховой
медицинской организацией _____

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 (указать): _____ 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 (иного 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

Копию заявления получил _____ (подпись) (Ф.И.О.)

Приложение 3
к Регламенту прикрепления и учета граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология", применяющим способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц

Информированное согласие
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)
дата рождения "__" _____ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), врачей-педиатров, врачей-педиатров (участковых), врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи только к одной медицинской организации.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ 20__ г.
(дата оформления)

Приложение 4
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по обязательному
медицинскому страхованию на территории
города Москвы, к медицинским
организациям, участвующим в реализации
территориальной программы обязательного
медицинского страхования, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь,
а также первичную специализированную
медико-санитарную помощь по профилю
"стоматология", применяющим способ
оплаты медицинской помощи
по подушевому нормативу финансирования
на прикрепившихся лиц

Информированное согласие
с условиями предоставления первичной специализированной
медико-санитарной помощи по профилю "стоматология"
при выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)
дата рождения "__" _____ года,
подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации

я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов детских, зубных врачей, с количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология" только к одной медицинской организации, оказывающей стоматологическую помощь в рамках реализации Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в городе Москве.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф.И.О. медицинского работника)

"__" _____ 20__ г.
(дата оформления)

Приложение 2
к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
и Московского городского фонда
обязательного медицинского страхования
от 28 декабря 2023 г. N 1296/691

**РЕГЛАМЕНТ
ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГИ "ПРИКРЕПЛЕНИЕ ГРАЖДАН, ЗАСТРАХОВАННЫХ
ПО ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ, К МЕДИЦИНСКИМ
ОРГАНИЗАЦИЯМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА
МОСКВЫ, ОКАЗЫВАЮЩИМ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ"
В ЭЛЕКТРОННОЙ ФОРМЕ**

1. Общие положения

1.1. Регламент предоставления услуги "Прикрепление граждан, застрахованных по обязательному медицинскому страхованию, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь" в электронной форме (далее - Регламент) устанавливает последовательность действий по прикреплению физических лиц, являющихся жителями города Москвы, в том числе лиц, не достигших совершеннолетнего возраста (детей), застрахованных по обязательному медицинскому страхованию (далее - ОМС), к медицинским организациям для оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология", на основании заявлений, подаваемых с использованием Портала

государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы, интегрированного с Официальным порталом Мэра и Правительства Москвы, в разделе "Услуги" (далее - Услуга).

Действие настоящего Регламента не распространяется на правоотношения по выбору медицинской организации лицами, представляющими интересы других лиц (кроме лиц, представляющих интересы застрахованных лиц до достижения ими совершеннолетия (детей), - законных представителей (родителей, опекунов, попечителей), военнослужащими и лицами, приравненными по медицинскому обеспечению к военнослужащим, гражданами, проходящими альтернативную гражданскую службу, гражданами, подлежащими призыву на военную службу или направляемыми на альтернативную гражданскую службу, и гражданами, поступающими на военную службу по контракту или приравненную к ней службу, а также задержанными, заключенными под стражу, отбывающими наказание в виде ограничения свободы, ареста, лишения свободы либо административного ареста.

1.2. Для целей настоящего Регламента используются следующие термины и определения:

- ЕМИАС - автоматизированная информационная система города Москвы "Единая медицинская информационно-аналитическая система города Москвы";

- портал - Портал государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы, интегрированный с Официальным порталом Мэра и Правительства Москвы;

- РС ЕРЗЛ - региональный сегмент единого регистра застрахованных лиц города Москвы;

- застрахованное лицо - гражданин, застрахованный по обязательному медицинскому страхованию на территории города Москвы;

- пользователь - физическое лицо, зарегистрированное на Портале государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы, интегрированном с Официальным порталом Мэра и Правительства Москвы;

- ОМС - обязательное медицинское страхование;

- полис ОМС - документ, удостоверяющий право застрахованного лица на бесплатное оказание медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС;

- медицинские организации - медицинские организации государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающие первичную медико-санитарную помощь, в том числе первичную специализированную медико-санитарную помощь по профилю "стоматология", и включенные в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, применяющие способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации;

- заявление - заявление о выборе застрахованным лицом медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи, в том числе по профилю "стоматология", подаваемое в электронной форме с использованием Портала.

1.3. Предоставление услуги осуществляют медицинские организации, в которых информационное сопровождение организационных и лечебно-диагностических процессов осуществляется с использованием ЕМИАС.

Услуга предоставляется медицинской организацией, которая выбрана застрахованным лицом для оказания первичной медико-санитарной помощи, в том числе первичной специализированной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология".

1.4. Подать заявление в электронной форме с использованием Портала имеют возможность лица, имеющие действующий полис ОМС, выданный или перерегистрированный на территории города Москвы, достигшие совершеннолетия, а также законные представители (родители, опекуны, попечители) застрахованного по ОМС и зарегистрированного в РС ЕРЗЛ лица до достижения им совершеннолетия (ребенка), прошедшие процедуру подтверждения прав законного представителя ребенка в личном кабинете на Портале.

Заявитель имеет возможность подать заявление в своих интересах либо в интересах застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) на основании подтвержденных прав законного представителя (родителя, опекуна, попечителя) не более одного раза в год с даты регистрации предыдущего заявления о выборе медицинской организации в РС ЕРЗЛ. В случае изменения места жительства застрахованного лица или застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) в целях выбора медицинской организации заявитель может обратиться в медицинскую организацию с документами, подтверждающими изменение места жительства.

Прием заявлений от уполномоченных представителей заявителя в рамках услуги не предусмотрен.

1.5. Услуга в электронной форме с использованием Портала предоставляется физическим лицам после получения ими стандартного или полного доступа к подсистеме "личный кабинет" в соответствии с [приложениями 2, 3](#) к постановлению Правительства Москвы от 7 февраля 2012 г. N 23-ПП "О доступе физических лиц, в том числе зарегистрированных в качестве индивидуальных предпринимателей, и юридических лиц к подсистеме "личный кабинет" государственной информационной системы "Портал государственных и муниципальных услуг (функций) города Москвы" (далее - постановление Правительства Москвы N 23-ПП).

Для получения стандартного доступа к подсистеме "личный кабинет" Портала физическое лицо получает упрощенный доступ к подсистеме "личный кабинет" Портала, указывает в соответствующем разделе подсистемы "личный кабинет" Портала страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования Российской Федерации (далее - СНИЛС) в целях его подтверждения в информационных системах Пенсионного фонда Российской Федерации и осуществляет иные необходимые действия в соответствии с [постановлением](#) Правительства Москвы N 23-ПП.

Для получения полного доступа к подсистеме "личный кабинет" Портала физическому лицу необходимо лично обратиться в многофункциональный центр предоставления государственных услуг для подтверждения личности, осуществить иные необходимые действия в соответствии с [постановлением](#) Правительства Москвы N 23-ПП.

1.6. Возможность подачи заявления в электронной форме с использованием Портала предоставляется круглосуточно.

1.7. Услуга предоставляется бесплатно.

2. Порядок подачи заявления

2.1. Пользователь, желающий подать заявление, проходит идентификацию на Портале путем ввода логина и пароля, полученных при регистрации на Портале.

2.1.1. Пользователь, желающий подать заявление в интересах застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка), проходит процедуру подтверждения прав законного представителя ребенка в личном кабинете на Портале в следующем порядке:

2.1.1.1. Для подтверждения родительских прав:

2.1.1.1.1. В случае если свидетельство о рождении ребенка выдано на территории Российской Федерации, необходимо заполнить данные о ребенке (ФИО, дата рождения) в личном кабинете на Портале и дождаться завершения их автоматической проверки посредством межведомственного электронного взаимодействия с органами записи актов гражданского состояния.

2.1.1.1.2. В случае если регистрация рождения ребенка осуществлялась на территории иностранного государства, необходимо обратиться в любой МФЦ с оригиналами следующих документов:

- документ, удостоверяющий личность заявителя;

- свидетельство о рождении ребенка или иной документ, подтверждающий факт рождения и регистрации ребенка, выданный компетентным органом иностранного государства (в случае рождения ребенка (детей) на территории иностранного государства);

- документ, подтверждающий изменение фамилии, и (или) имени, и (или) отчества (при наличии) заявителя и (или) ребенка (детей), в случае их несоответствия с данными иных документов, предоставляемых заявителем, в том числе документа, удостоверяющего личность.

Документы, предоставляемые заявителем и выданные компетентными органами иностранных государств, должны быть легализованы, если иное не предусмотрено международными договорами Российской Федерации, и переведены на русский язык.

В случаях, предусмотренных федеральными законами, верность перевода должна быть нотариально удостоверена.

2.1.1.2. Для подтверждения законных прав опекуна или попечителя необходимо заполнить данные о подопечном ребенке (Ф.И.О., дата рождения, пол, сведения о документе, удостоверяющем личность) в личном кабинете на Портале и дождаться завершения их автоматической проверки посредством межведомственного электронного взаимодействия с Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы.

2.2. Застрахованное лицо осуществляет на Портале ввод серии и номера полиса ОМС, адреса электронной почты, контактного телефона, сведений о гражданстве и документе, удостоверяющем личность заявителя (тип документа, серия и номер, когда и кем выдан), об адресе фактического проживания и адресе регистрации заявителя (в случае, если указанные сведения не содержатся в личном кабинете).

В случае если указанные сведения сохранены в личном кабинете, в интерактивную форму они вносятся автоматически. Фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения застрахованного лица заполняются только автоматически на основании данных, сохраненных в личном кабинете пользователя на Портале.

Пользователь, желающий подать заявление в качестве законного представителя (родителя, опекуна, попечителя) застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка), после прохождения идентификации согласно порядку, указанному в [пункте 2.1](#) настоящего Регламента, осуществляет на Портале ввод серии и номера полиса ОМС ребенка, контактного телефона и адреса электронной почты заявителя, сведений о гражданстве и документе, удостоверяющем личность заявителя (тип документа, серия и номер, когда и кем выдан), о документе, удостоверяющем личность ребенка (тип документа, серия и номер, когда и кем выдан, код подразделения), о месте рождения ребенка, об адресе фактического проживания и адресе регистрации ребенка (в случае, если указанные сведения не содержатся в личном кабинете заявителя).

В случае если указанные сведения сохранены в личном кабинете, в интерактивную форму они вносятся автоматически. Сведения о заявителе (фамилия, имя, отчество (при наличии), о документе, подтверждающем право законного представителя ребенка (тип документа, серия и номер, когда и кем выдан), а также сведения о ребенке (фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, гражданство) заполняются автоматически на основании данных, сохраненных в личном кабинете пользователя на Портале.

2.3. В случае несоответствия введенных на Портале серии и номера полиса ОМС, фамилии, имени, отчества (при наличии), даты рождения застрахованного лица либо застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) имеющейся в РС ЕРЗЛ информации пользователь получает на Портале уведомление о невозможности подачи заявления в электронной форме с использованием Портала и необходимости обращения в страховую медицинскую организацию для получения либо замены полиса ОМС застрахованного лица либо застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка).

2.4. Заявителю на Портале предоставляется информация об имеющемся у застрахованного лица либо у застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) прикреплении к медицинской организации либо об отсутствии у застрахованного лица или у застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) прикреплении к медицинской организации.

В случае фактического отсутствия у застрахованного лица или у застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) прикреплении к медицинской организации, а также если с момента последнего прикреплении прошло более года, заявителю предоставляется возможность подачи заявления о выборе застрахованным лицом медицинской организации в электронном виде.

В случае, если в период рассмотрения заявления создано приращение на основании другого заявления, поданного заявителем при личном обращении в своих интересах либо в интересах застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка), заявитель получает в личный кабинет Портала уведомление об отказе в предоставлении услуги по причине создания приращения на основании другого заявления.

2.5. В случае наличия в РС ЕРЗЛ информации о приращении застрахованного лица либо застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) к другой медицинской организации по заявлению, зарегистрированному в РС ЕРЗЛ менее одного года назад, заявитель получает на Портале уведомление о невозможности подачи заявления в электронной форме с использованием Портала с рекомендацией обратиться в медицинскую организацию в случае изменения места жительства застрахованного лица или ребенка.

2.6. Заявитель, действующий в своих интересах либо в интересах застрахованного лица до

достижения им совершеннолетия (ребенка) на основании подтвержденных прав законного представителя (родителя, опекуна, попечителя), осуществляет на Портале выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи из перечня медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и включенных в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц к медицинской организации.

2.6.1. Заявитель, действующий в своих интересах либо в интересах застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) на основании подтвержденных прав законного представителя (родителя, опекуна, попечителя), в выбранной медицинской организации осуществляет на Портале выбор филиала медицинской организации для прикрепления (при наличии).

2.7. Заявителю, действующему в своих интересах либо в интересах застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) на основании подтвержденных прав законного представителя (родителя, опекуна, попечителя), на Портале по выбираемой медицинской организации (за исключением медицинских организаций по профилю "стоматология") предоставляется информация о перечне врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, о количестве граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведения о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

2.7.1. Заявителю, действующему в своих интересах либо в интересах застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) на основании подтвержденных прав законного представителя (родителя, опекуна, попечителя), на Портале по выбираемой медицинской организации по профилю "стоматология" предоставляется информация о перечне врачей-стоматологов, врачей-стоматологов-терапевтов, врачей-стоматологов-хирургов, врачей-стоматологов-ортопедов, врачей-ортодонтонтов, зубных врачей, врачей-стоматологов детских (только для детей).

2.8. Заявителю, действующему в своих интересах либо в интересах застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) на основании подтвержденных прав законного представителя (родителя, опекуна, попечителя), на Портале по выбираемой медицинской организации (за исключением медицинских организаций по профилю "стоматология") предоставляется информация о порядке оказания медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности, о порядке организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей-специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

2.8.1. Заявителю, действующему в своих интересах либо в интересах застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) на основании подтвержденных прав законного представителя (родителя, опекуна, попечителя), на Портале по выбираемой медицинской организации по профилю "стоматология" предоставляется информация о порядке оказания неотложной стоматологической медицинской помощи.

2.9. По результатам ознакомления с информацией, указанной в [пунктах 2.7, 2.7.1, 2.8 и 2.8.1](#) настоящего Регламента, заявитель, действующий в своих интересах либо в интересах

застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) на основании подтвержденных прав законного представителя (родителя, опекуна, попечителя), на Портале подтверждает согласие застрахованного лица с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при выборе медицинской организации или согласие застрахованного лица с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология" при выборе медицинской организации по установленным формам.

2.10. Заявления, поданные пользователями, действующими в своих интересах либо в интересах застрахованных лиц до достижения ими совершеннолетия (детей) на основании подтвержденных прав законных представителей (родителей, опекунов, попечителей), посредством Портала поступают в указанные в заявлениях медицинские организации с использованием функциональных возможностей ЕМИАС.

3. Прикрепление застрахованного лица к медицинской организации и филиалу

3.1. Основанием для начала предоставления услуги является поступление в ЕМИАС от пользователя, действующего в своих интересах либо в интересах застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) на основании подтвержденных прав законного представителя (родителя, опекуна, попечителя), заявления в электронной форме, поданного с использованием Портала.

3.2. Прикрепление застрахованного лица либо прикрепление застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) к выбранной медицинской организации и ее филиалу (при наличии) осуществляется с использованием функциональных возможностей ЕМИАС в срок, составляющий три рабочих дня со дня подачи заявления.

3.3. Заявитель в срок не позднее одного рабочего дня со дня прикрепления к медицинской организации с использованием функциональных возможностей ЕМИАС получает уведомление о прикреплении застрахованного лица либо уведомление о прикреплении застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) к выбранной медицинской организации и филиалу (при наличии) в личный кабинет на Портале.

3.4. Пользователю со дня прикрепления застрахованного лица либо со дня прикрепления застрахованного лица до достижения им совершеннолетия (ребенка) к выбранной медицинской организации предоставляется возможность самостоятельной записи на прием к врачам данной медицинской организации в соответствии с приказами Департамента здравоохранения города Москвы от 17 декабря 2020 г. [N 1429](#) "Об утверждении Регламента предоставления услуги "Запись в электронном виде на прием к врачу в день обращения" и от 12 марта 2021 г. [N 209](#) "Об утверждении Регламента предоставления услуги "Предварительная запись в электронном виде на прием к врачу, диагностические исследования и лечебные процедуры" по специальностям врачей, установленным [приказом](#) Департамента здравоохранения города Москвы от 20 декабря 2012 г. [N 1470](#) "Об оптимизации работы по ведению записи на прием к врачу в электронном виде".