**Полис**

**1. Где и как получить медицинский полис**

Для получения полиса обязательного медицинского страхования застрахованное лицо лично или через своего представителя подает в порядке, установленном правилами обязательного медицинского страхования, заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации в страховую медицинскую организацию или при ее отсутствии в территориальный фонд. В день получения заявления о выборе (замене) страховой медицинской организации страховая медицинская организация или при ее отсутствии территориальный фонд выдает застрахованному лицу или его представителю полис обязательного медицинского страхования либо временное свидетельство в случаях и в порядке, которые определяются правилами обязательного медицинского страхования. Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее.

**2. Для застрахованных лиц**

**Застрахованными лицами** являются граждане Российской Федерации, постоянно или временно проживающие в Российской Федерации иностранные граждане, лица без гражданства (за исключением высококвалифицированных специалистов и членов их семей в соответствии с Федеральным законом от 25 июля 2002 года N 115-ФЗ "О правовом положении иностранных граждан в Российской Федерации"), а также лица, имеющие право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом "О беженцах":

* работающие по трудовому договору или гражданско-правовому договору, предметом которого являются выполнение работ, оказание услуг, а также по договору авторского заказа или лицензионному договору
* самостоятельно обеспечивающие себя работой (индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты);
* являющиеся членами крестьянских (фермерских) хозяйств;
* являющиеся членами семейных (родовых) общин коренных малочисленных народов Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, проживающие в районах Севера, Сибири и Дальнего Востока Российской Федерации, занимающихся традиционными отраслями хозяйствования;
* неработающие граждане:
	+ дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет;
	+ неработающие пенсионеры независимо от основания назначения пенсии;
	+ граждане, обучающиеся по очной форме в образовательных учреждениях начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования;
	+ безработные граждане, зарегистрированные в соответствии с законодательством о занятости;
	+ один из родителей или опекун, занятые уходом за ребенком до достижения им возраста трех лет;
	+ трудоспособные граждане, занятые уходом за детьми-инвалидами, инвалидами I группы, лицами, достигшими возраста 80 лет;
	+ иные не работающие по трудовому договору и не указанные в предыдущих подпунктах настоящего пункта граждане, за исключением военнослужащих и приравненных к ним в организации оказания медицинской помощи лиц.

Обязательное медицинское страхование детей со дня рождения до дня государственной регистрации рождения осуществляется страховой медицинской организацией, в которой застрахованы их матери или другие законные представители. После дня государственной регистрации рождения ребенка и до достижения им совершеннолетия либо после приобретения им дееспособности в полном объеме и до достижения им совершеннолетия обязательное медицинское страхование осуществляется страховой медицинской организацией, выбранной одним из его родителей или другим законным представителем.

**3. Для работающих граждан**

Страхователями для работающих граждан, указанных выше в [пунктах 1 – 4](https://www.ofoms.ru/people/insurance/#ch_2), являются:

1. лица, производящие выплаты и иные вознаграждения физическим лицам:
	* организации;
	* индивидуальные предприниматели;
	* физические лица, не признаваемые индивидуальными предпринимателями;
2. индивидуальные предприниматели, занимающиеся частной практикой нотариусы, адвокаты.

**4. Для неработающих граждан**

Страхователями для неработающих граждан, указанных выше в пункте 5, являются органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные высшими исполнительными органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Указанные страхователи являются плательщиками страховых взносов на обязательное медицинское страхование неработающего населения.

**5. Выбор или замена СМО**

Выбор или замену страховой медицинской организации (в которой ранее был застрахован гражданин), застрахованное лицо, в соответствии с Законом об ОМС, по собственному желанию осуществляет 1 раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо чаще в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию.

В случае изменения места жительства и отсутствия по новому месту жительства страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, застрахованное лицо осуществляет выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение 1 месяца.

При досрочном расторжении договора о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования по инициативе страховой медицинской организации за 3 месяца до даты расторжения указанного договора страховая медицинская организация обязана уведомить территориальный фонд и застрахованных лиц о намерении расторгнуть договор о финансовом обеспечении обязательного медицинского страхования.

После прекращения действия договора о финансовом обеспечении в соответствии с Законом об ОМС застрахованное лицо в течение 2 месяцев подает заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации в другую страховую медицинскую организацию.

Если застрахованным лицом не было подано заявление о выборе (замене) страховой медицинской организации, такое лицо считается застрахованным той страховой медицинской организацией, которой он был застрахован ранее, за исключением изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

**6. Срок действия полиса ОМС**

Документами, подтверждающими право застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи по программе ОМС являются:

* временное свидетельство, выданное страховой медицинской организацией, подтверждающее оформление полиса единого образца;
* Полисы в форме бумажного бланка и форме пластиковой карты с электронным носителем;
* Универсальные электронные карты.

Полисы обязательного медицинского страхования, полученные гражданами до 1 мая 2011 года, в том числе со сроком действия до 31.12.2010, действительны до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца или получения гражданином универсальной электронной карты. Отметка о продлении срока действия ранее выданного полиса не требуется.

С 1 мая 2011 года в день получения заявления о выборе (смене) страховой медицинской организации застрахованному лицу выдается временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса.

В первую очередь полисы ОМС единого образца будут выдаваться следующим гражданам:

* Новорожденным
* Ранее не застрахованным по ОМС
* Изменившим фамилию, имя, отчество или имеющим полис с ошибочными сведениями
* Изменившим место жительства, при отсутствии по новому месту жительства страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин
* В случае выбора (замены) страховой медицинской организации
* Утратившим полис ОМС

Медицинская организация не вправе отказать в предоставлении бесплатной медицинской помощи застрахованному лицу, предъявившему при обращении любой из вышеперечисленных документов, подтверждающий право на получение бесплатной медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию.