ХАБАРЛАНДЫРУ

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ 2017 жылғы 7 қыркүйекте ТМККК шеңберінде және МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорын қалыптастырудың басталуы туралы жариялайды.

Өтінімдерді қабылдау күні – **2017 жылғы «7» қыркүйек.**

Өтінімдерді ұсынудың соңғы мерзімі **2017 жылғы «13» қыркүйекте сағат 18 00 минутқа дейін.**

# Дерекқорға қосу үшін өтінім, өтінімге қосымша: денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелерін жүргізуге уәкілетті жауапты адамдар туралы мәліметтер қоса беріледі.

# **Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде**

# **медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорын қалыптастыру туралы**

# **хабарландыру**

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорын қалыптастыру (бұдан әрі – рәсім) туралы жариялайды.

Рәсімге қатысуға арналған өтінімдерді денсаулық сақтау субъектілері облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың және астананың «Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ филиалдарына ұсынады:

1. Ақмола облысы бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Ақмола облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Ақмола облысы, Көкшетау қаласы, М. Горького көшесі, 7А үйі, № 1 кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(7162) 520 948, 507 912.

1. Ақтөбе облысы

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Ақтөбе облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Ақтөбе қаласы, Тілеу Батыр көшесі, 9 Б үйі, №106- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(702)  531 4265, 8 (747) 784-66-74.

1. Алматы облысы

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Алматы облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Талдықорған қаласы, Гауһар Ана көшесі, 87 үй, №20- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8  (7282)  27 00 85

1. Атырау облысы:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Атырау облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Атырау қаласы, Ш.Уәлиханов көшесі, 9 үйі, 2 қабат, №3-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: (7122)32-52-94, 8701 44 55 504

1. Шығыс Қазақстан облысы:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Шығыс Қазақстан облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Шығыс Қазақстан облысы, Өскемен қаласы, Крылова көшесі, 80 үйі, №17-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(7232) 25-16-92, 8(7232) 70-11-46.

1. Жамбыл облысы:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Жамбыл облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Жамбыл облысы, Тараз қаласы, Айтиева көшесі, 27 үйі, № 14-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(726)2451877

1. Батыс Қазақстан облысы:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Батыс Қазақстан облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Батыс Қазақстан облысы, Орал қаласы, Достық-Дружбы даңғылы, 191/4 үйі, №4-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8-777-999-43-72, 8-705-804-58-18, 8-705-515-26-10, 8-778-872-97-90, 8-771-217-45-94

1. Қарағанды облысы:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Қарағанды облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Қарағанды қаласы, Алиханова көшесі, 2 үйі, №1- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(7212) 41-09-72, 8(7212) 42-58-62

1. Қостанай облысы:

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Қостанай облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Қостанай қаласы, Быковского көшесі, 4А үйі, №213 -кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8 701 490 76 86

1. Қызылорда облысы:

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Қызылорда облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Қызылорда қаласы, Абая даңғылы, 27 үйі, №306- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8 (7242) 23-41-95; 23-42-18

1. Маңғыстау облысы:

Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Маңғыстау облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: 14 шағын ауданы, «Звезда Актау» бизнес-центр, оң қанат, №402-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8(701)5895161.

1. Павлодар облысы бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Павлодар облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Павлодар қаласы, Иса Байзақов көшесі, 151/2,. 301-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8-7182-213395, 8-7182-662390

1. Солтүстік-Қазақстан бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Солтүстік-Қазақстан бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Петропавловск қаласы, Конституции Казахстана көшесі, №36, 4-қабат, №11-кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады:
8(7152) 46-59-34.

1. Алматы қаласы бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Алматы қаласы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Алматы қаласы, Медеу ауданы, Маметова көшесі, 3, № 5 -кабинет.

Дополнительную информацию и справку можно получить по телефону:8-(7272)732328

1. Астана қаласы бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Астана қаласы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Астана қаласы, Қонаев көшесі, 12/1, ВП – 14,
№ 1- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады: 8 (775) 990 31 71,8 (702)1534516

1. Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша:

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша филиалында, мекенжайы бойынша: Шымкент қаласы, Аль-Фараби ауданы, Әлімқұлов көшесі, №12 - ұй,№ 19- кабинет.

Қосымша ақпарат пен анықтаманы мынадай телефондар арқылы алуға болады:
 8 (7252) 530870, 8 (7252) 530906.

Нысан

«Әлеуметтік медициналық сақтандыру қоры» КЕАҚ-қа (филиалға) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (қордың (филиалының) атауы және орналасқан жері)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (денсаулық сақтау субъектісінің атауы)

**Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерін дерекқорға қосу үшін**

**өтінім\***

1. Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорына қосылуға үміткер заңды (жеке) тұлға туралы мәліметтер:

денсаулық сақтау субъектісінің заңды және пошталық мекенжайы, байланыс телефондары;

денсаулық сақтау субъектісінің банк деректемелері (ЖСН, БСН, ЖСК), денсаулық сақтау субъектісініе қызмет көрсететін банктің немесе оның филиалының толық атауы мен мекенжайы;

денсаулық сақтау субъектісі басшысының тегі, аты, әкесінің аты (бар болса)

2. Мыналар (керегі көрсетілсін):

1)  медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу шарты бойынша ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық субъектісі (қызметтер беруші);

2) Қазақстан Республикасының азаматтық заңнамасына сәйкес шарттың негізінде медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу шарты бойынша қызметтер берушінің міндеттемелерінің бір бөлігін көрсетуге үміткер бірлесіп орындаушы ретінде

медициналық көмектің мынадай:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_түрі(-лері) бойынша, ( денсаулық сақтау субъектісі/бірлесіп орындаушы көрсетуге үміткер медициналық көмектің түрі (-лері) көрсетіледі);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ қызметтері\*\* бойынша

 (қызметтердің атауы көрсетіледі)

медициналық көмектің мынадай:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ нысанына (-дарына) өтініш береді. (денсаулық сақтау субъектісі/бірлесіп орындаушы көрсетуге үміткер медициналық көмектің нысаны (-дары) көрсетіледі)

3. Көрсетілген медициналық қызметтер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (облыстың, республикалық маңызы бар қаланың немесе астананың атауы)

көрсетіледі.

4. Осы өтініммен денсаулық сақтау субъектісі Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы «7» тамыздағы № 591 бұйрығымен бекітілген (Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерін мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 15604 болып тіркелген) Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде денсаулық сақтау субъектілерінен көрсетілетін қызметтерді сатып алу қағидаларында (бұдан әрі – Қағидалар) көзделген талаптар мен шарттарға сәйкес тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорын қалыптастыру рәсіміне қатысуға ниет білдіреді.

5. Осы өтініммен денсаулық сақтау субъектісі Қағидаларда тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорына қосу үшін денсаулық сақтау субъектілеріне/бірлесіп орындаушыларға қойылатын талаптарды бұзушылықтардың жоқтығы мен ұсынылған мәліметтердің дұрыстығын растайды.

6. Қатысуға арналған өтінім:

1) денсаулық сақтау субъектісінің осы Қағидаларда белгіленген талаптар мен шектеулерге сәйкестігін растайтын ол туралы мәліметтерді алуға келісімін;

2) ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсету және оларды көрсеткені үшін ақы төлеу талаптарымен хабардарлығын көрсету нысаны болып табылады.

7. Осы өтінімге мынадай құжаттар:

1) заңды тұлғаны мемлекеттік тіркеу (қайта тіркеу) туралы куәліктің көшірмесі (анықтама) немесе жеке кәсіпкер ретінде тіркеу туралы куәліктің көшірмесі (жеке тұлғалар үшін);

1. жеке басын куәландыратын құжаттың көшірмесі (жеке тұлға үшін);
2. медициналық қызметпен айналысуға арналған лицензиялардың және оларға тиісті медициналық қызметтерді көрсету құқығын растайтын, оның ішінде денсаулық сақтау субъектісінің немесе оның өкілдігінің (өкілдік қатысуға арналған өтінім берген жағдайда) өндірістік базасының орналасуы туралы қосымшалардың көшірмелері;
3. осы өтінімдегі қосымшаға сәйкес денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелерін жүргізуге уәкілетті жауапты адамдар туралы мәліметтер қоса беріледі.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(денсаулық сақтау субъектісі/бірлесіп орындаушы басшысының лауазымы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса), қолы)

Мөрдің орны (бар болса)

Толтырылған күн \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ескертпе:

\*- көрсетілетін қызметтерді сатып алу шарты бойынша ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық субъектісі немесе ТМККК шеңберінде және (немесе) МӘМС жүйесінде медициналық көрсетілетін қызметтерді сатып алу шарты бойынша қызметтер берушінің міндеттемелерінің бір бөлігін көрсетуге үміткер бірлесіп орындаушы толтырады;

\*\* - жоғары технологиялық медициналық қызметтерді, консультациялық-диагностикалық қызметтердің жекелеген түрлерін (медициналық қызметтердің қымбат тұратын түрлерін және басқаларын) көрсетуге қатысуға арналған өтінімді берген кезде көрсетіледі.

Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде медициналық қызметтер көрсетуге үміткер денсаулық сақтау субъектілерінің дерекқорын қалыптастыру рәсіміне қатысуға арналған өтінімге

қосымша

Нысан

Денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйелерін жүргізуге уәкілетті

жауапты адамдар туралы мәліметтер

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(денсаулық сақтау субъектісінің атауы)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Р/с №  | Тегі, аты, әкесінің аты (бар болса) | Лауазымы | Жеке сәйкестендіру нөмірі | Ақпараттық жүйенің атауы |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

Басшы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (қолы, тегі, аты, әкесінің аты (бар болса))

Мөрдің орны (бар болса)

Толтырылған күні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_