

Общество с ограниченной ответственностью

«Мульти Клиник»

ОГРН 1187031069884 ИНН/КПП 7017453925/701701001

Место нахождения: 634029, г. Томск, Ул. Белинского, дом 20А

Тел/факс: 8(382-2)901-941



ПОРЯДОК И ПРАВИЛА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОЛИСАМ ДМС В ООО «МУЛЬТИ КЛИНИК»

Полис Добровольного Медицинского Страхования (ДМС) дает право пациентам, застрахованным Страховой компанией (СК) обращаться в ООО "Мульти Клиник" (**Учреждение**). Полис ДМС предоставляет возможность Застрахованным получать медицинские услуги не только в рамках полиса ОМС (Обязательного Медицинского Страхования, гарантированного Государством по месту жительства), также получить бесплатные дополнительные медицинские услуги по полису ДМС.

Полис ДМС - это Соглашение между Страховой организацией и Страхователем (Работодатель), в соответствии с которым СК обязуется организовать и финансировать предоставление Застрахованные лицам медицинской помощи **определенного объема и качества** или иных услуг по **Программам ДМС** в определённых медицинских организациях.

В ООО "Мульти Клиник" медицинские услуги предоставляются Застрахованным на основании:

1. **Договора** на предоставление медицинских услуг по полису ДМС, заключенного между Страховой компанией и ООО "Мульти Клиник";
2. **Программы** Страхования (с соответствующим набором услуг);
3. **Правил предоставления медицинских услуг, установленных в ООО "Мульти Клиник"**, утвержденные Генеральным директором.

Полис ДМС действует только при наступлении **страхового случая** - обращения Застрахованного лица в течение срока действия Договора ДМС в следующих случаях:

1. острое заболевание,

2. обострение хронического заболевания (предусмотренного Программой Страхования),
3. травма, ожог, отравление, или другие состояния, возникшие в результате несчастного случая.

Страховым случаем **не является:**

1. медицинские услуги, не предусмотренные Договором и Программой страхования,
2. при расстройствах здоровья в алкогольном опьянении, при умышленных повреждениях, при противоправных действиях,
3. медицинские услуги, не назначенные врачом,
4. окончание срока действия полиса ДМС.

Перечень медицинских услуг и объём медицинской помощи определяется Программой страхования. Для каждой СК она индивидуальная. СК имеют право самостоятельно разрабатывать любые Программы медицинской помощи, которые Учреждение выполняет как Исполнитель.

Правила предоставления медицинской помощи по полисам ДМС в ООО «Мульти Клиник»

Учреждение оказывает Застрахованному медицинские услуги, в соответствии с настоящим договором, на основании предоставления Застрахованным документа удостоверяющего его личность, действующего страхового полиса ДМС (медицинской страховой карточки) Страховщика с приложением программы ДМС и включение Застрахованного в списки предоставляемые Страховщиком Учреждению.

Основанием предоставления медицинской помощи Застрахованному, не включенному в списки, является наличие у такого Застрахованного действующего страхового полиса ДМС (медицинской страховой карточки) Страховщика с приложением Программы ДМС и гарантийного письма от Страховщика, с предъявлением Застрахованным документа удостоверяющего его личность.

Медицинские услуги оказываются Застрахованному на основании Программы ДМС Страховщика, которая подлежит обязательному согласованию с Учреждением при подписании действующего договора и является приложением к действующему договору.

Порядок предоставления медицинской помощи по полисам ДМС в ООО «Мульти Клиник»

Показанием для обращения в Учреждение по полису ДМС является только страховой случай (указанные в Приложении к полису ДМС). СК гарантирует предоставление и оплату медицинских услуг в плановом порядке в случаях острых заболеваний или обострения хронического заболевания, отравлений, ожогов, травм. Обращения в Учреждение в профилактических целях, в целях проведения диагностики состояния здоровья по собственному желанию и подобные обращения не являются страховым случаем и не будут оплачены страховой компанией. Пациенту будет выставлен счет, как физическому лицу, на основании дополнительного договора пациента с Учреждением.

Для получения медицинских услуг Застрахованный, предъявив документы (паспорт, полис ДМС) должен обратиться в регистратуру Учреждения для оформления амбулаторной карты пациента, в которой, после сверки со списками Страховщика, либо проверки наличия гарантийного письма в Учреждении администратором указывается СК.

Амбулаторные карты пациентов являются собственностью Учреждения и хранятся в регистратуре.

В ходе оказания медицинской помощи Застрахованный информируется о необходимости соблюдения и выполнения им рекомендаций врача и, что несоблюдение этого требования может снизить качество медицинской услуги и в таком случае Учреждение не несет ответственности за снижение качества медицинской услуги.

В ходе оказания медицинской помощи Учреждение определяет объем (в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и стандартами клинико-статистических групп по заболеваниям), характер, сроки (дату, время) предоставления медицинских услуг.

В ходе оказания медицинской помощи Застрахованный должен доводить до сведения медицинского персонала необходимую информацию о состоянии своего здоровья; выполнять рекомендации лечащего врача, записанные в амбулаторной карте пациента или других медицинских документах; незамедлительно сообщать врачу о побочных явлениях, осложнениях, возникших в процессе диагностики и лечения.

В случае отказа от предварительной записи на получение медицинской услуги, Застрахованный или Страховщик обязаны уведомить об этом Учреждение не менее чем за два часа до назначенного времени.

В случае некорректного поведения Застрахованного (в том числе явка в алкогольном, наркотическом опьянении и т.п.), ему может быть отказано в

оказании медицинских услуг. О данном факте Страховщик письменно уведомляется Учреждением.

В случае нарушения Застрахованным установленного Порядка оказания медицинской помощи, Застрахованный может быть откреплен от дальнейшего обслуживания в Учреждении, Учреждение письменно информирует о данном факте Страховщика.

Страховые компании регулярно проводят медико-экономическую экспертизу, оказанных Учреждением медицинских услуг. На все услуги, которые СК исключает из реестра оплаты, составляется акт, который направляется пациенту с требованием оплаты медицинских услуг полученных в Учреждении.

ОБРАЩАЕМ ВАШЕ ВНИМАНИЕ

- Полис ДМС **не предоставляет** дополнительных возможностей или особых условий при посещении Учреждения. Полис ДМС исключительно дает Вам право бесплатного получения услуг в Учреждении.
- **Организационными вопросами** по согласованию услуг с Учреждением занимается **менеджер страховой компании**, именно у него пациент может уточнить информацию касаясь условий и Программы обслуживания.
- Полис ДМС **запрещается** передавать родственникам для обслуживания в Учреждении.
- Полис ДМС не покрывает расходы на **лекарственные препараты**. Препараты оплачиваются пациентом самостоятельно.
- Пациент с полисом ДМС обязан вовремя сообщать об **изменении данных** — телефон, фамилия, переход в другую СК или окончание срока действия полиса.