



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

Полис Добровольного Медицинского Страхования (ДМС) дает право пациентам, застрахованным Страховой компанией (СК) обращаться в ООО "ММЦ Мульти Клиник Томск" (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 "ММЦ Мульти Клиник Томск" медицинские услуги предоставляются Застрахованным на основании:

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

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 «ММЦ Мульти Клиник Томск»

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 соответствие 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.