

*Амбулаторно-поликлиническая страховая медицинская программа для взрослых
«С заботой о здоровье!»
АВ*

Срок страхования 1 год.

Страховая сумма на 1 Застрахованное лицо – 6 681,50 бел. рублей,

Количество Застрахованных лиц по настоящей программе – 1 человек.

Страховым случаем является факт понесенных выгодоприобретателем (медицинская организация, застрахованное лицо, Страхователь) расходов, связанных с предоставлением застрахованному лицу медицинской помощи, предусмотренной договором страхования (страховой медицинской программой), ввиду внезапного расстройства здоровья застрахованного лица, несчастного случая, хронического заболевания или его обострения.

Базовая группа организаций здравоохранения*: В 7*

	Название организации здравоохранения	Адрес
1.	ООО Клиника «Мерси»	г. Минск, ул. Игнатенко, 8
2.	МЦ «Горизонт»	г. Минск, ул. Киселёва, д. 12
3.	МЦ «Эксана»	г. Минск, ул. Могилёвская, 5/1, г. Минск, ул. Надеждинская, 2, г. Минск, проспект Партизанский, 104
4.	МЛ «Хеликс»	
5.	ИООО «Независимая лаборатория Инвитро»	
	* - возможны изменения (замена) в перечне организаций здравоохранения в связи с наличием либо отсутствием договорных отношений с организацией здравоохранения.	

Оказание медицинских услуг может производиться преимущественно на базе вышеуказанных организаций здравоохранения, если иное прямо не оговорено условиями страховой программы, а также в других организациях здравоохранения государственной формы собственности (за исключением ГУ «РКМЦ» УД Президента Республики Беларусь, КУП «Аква-Минск») по выбору застрахованного лица в соответствии с графиком работы специалистов медучреждения.

Организуется предоставление медицинских услуг и оплата медицинских расходов, связанных с медицинскими услугами, соответствующими Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь. В случае отсутствия Клинических протоколов диагностики и лечения по заболеванию застрахованного лица Страховщик оставляет за собой право оценивать обоснованность назначения диагностических исследований самостоятельно.

Объем медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках страховой медицинской программы по медицинским показаниям при наступлении страхового случая:

1. АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ (понимается медицинское обслуживание, в котором медицинские услуги предоставляются Застрахованному лицу без его круглосуточного помещения в медицинское учреждение, без оказания услуг дневного стационара и стационара одного дня) **включает:**

1.1 КОНСУЛЬТАТИВНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЕМЫ и наблюдение специалистов – не более 6 консультативных приемов в совокупности на одно Застрахованное лицо за период страхования (не более 3 консультативных приема в первом оплаченном периоде страхования).

Оформление и выдача Застрахованному лицу необходимой медицинской документации, в соответствии с нормативными требованиями Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

Проведение консилиумов и консультаций ведущих специалистов организаций здравоохранения (в т.ч. высококвалифицированных) по назначению лечащего врача. Принятие решения по записи к данной категории специалистов и выбор медицинской организации производит Страховщик.

Послеоперационное наблюдение по заболеванию, которое является страховым случаем.

Исключение:

- диетолог, сомнолог, трихолог, андролог, гинеколог-репродуктолог, сексолог, венеролог, логопед, фонетед, косметолог, подолог, психиатр, нарколог, гомеопат, врачи народной и нетрадиционной медицины, экстрасенс (биоэнергетик, целитель), рефлексотерапевт, психотерапевт, мануальный терапевт, врач спортивной медицины (рекомендации данных врачей не рассматриваются, назначенные медицинские услуги оплате не подлежат);

- стоматолог-ортодонт, стоматолог-ортопед, стоматолог-имплантолог (рекомендации данных врачей не рассматриваются, назначенные медицинские услуги оплате не подлежат), если иное не оговорено страховой медицинской программой;

- консультативные приемы, проводимые с целью оформления справок для получения водительских прав, разрешения на ношение оружия, посещения бассейна и других справок, выдаваемых на основании приказов Министерства

здравоохранения Республики Беларусь;

- выезд медицинских работников на дом к Застрахованному лицу;
- консультативные приемы с целью решения вопроса госпитализации или оперативного вмешательства, если данной программой не предусмотрено стационарное обслуживание либо необходимое оперативное вмешательство не является страховым случаем.

1.2 ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ, согласно назначению лечащего врача:

1.2.1 Лабораторные:

1.2.1.1 клинические, биохимические, бактериологические, серологические диагностика вирусных, паразитарных и бактериальных заболеваний, копрологические, гормональные, цитологические, гистологические, ПЦР, ИФА, РИФ диагностика, онкомаркеры, дыхательные тесты, исследование соскобов кожи - не более 30 показателей в совокупности за период страхования (не более 15 показателей в первом оплаченном периоде страхования).

1.2.1.2 ОАК (базовый), ОАМ без ограничений по количеству исследований.

Лабораторные исследования не предусматривают забор материала на дому.

Исключение: антимюллеров гормон, глобулин, связывающий половые гормоны (секс-гормон), гормональный мониторинг овуляции, ХГЧ у женщин, пакеты «ФиброМакс» и «ФиброТест», типирование и количественное определение ДНК ВПЧ, Фемофлор, Андрофлор, Квант 21, посев на среду МакКоя, генная диагностика, спермограмма, иммунологические (общие, маркеры аутоиммунных заболеваний, иммуногистохимические исследования), аллергологические исследования (в т.ч. молекулярная аллергодиагностика, аллергочип), жидкостная цитология, витамин D, диагностика токсоплазмоза, краснухи, цитомегаловируса, гастропанель после ФГДС при наличии атрофического гастрита.

1.2.2 Функциональные:

1.2.2.1 в том числе, холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД, спирометрия (ФВД, функция внешнего дыхания), велоэргометрия (ВЭМ), нагрузочные пробы, тредмил-тест, реовазография (РВГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ), электромиография (ЭМГ), электронейрография (ЭНГ), электронейромиография (ЭНМГ) – не более 2 исследований в совокупности за период страхования (не более 1 исследования в первом оплаченном периоде страхования).

1.2.2.2 1.2.2.2 Электрокардиограмма (ЭКГ) без ограничений по количеству исследований.

Исключение: суточное мониторирование ЭЭГ, полисомнографические и иные сомнологические исследования (лаборатория сна).

1.2.3 **Ультразвуковая диагностика** на аппаратах последнего поколения, в т.ч. УЗ-денситометрия - не более 4 исследований в совокупности за период страхования (не более 2 исследований в первом оплаченном периоде страхования).

УЗИ парных суставов считается, как 1 (одно) исследование. *Может проводиться без направления врача при наличии ранее установленного заболевания на усмотрение Страховщика.*

Исключение: стресс Эхо-КГ, УЗ-мониторинг овуляции, исследования на аппарате Фиброскан

1.2.4 **Рентгенологические исследования** (в т.ч. маммография, контрастные рентгенологические исследования) – не более 2 исследований в совокупности за период страхования (не более 1 исследования в первом оплаченном периоде страхования).

1.2.5 **Радионуклидные (радионуклидные)** диагностические исследования (в т.ч. сцинтиграфия, радиографические и радиометрические исследования).

1.2.6 **Компьютерная томография (КТ)**, в т.ч. КТ-денситометрия, рентгенологические исследования в форматах 3D (в т.ч. томосинтез), 4D (КЛКТ), не более 1 (одного) раза за период страхования в организациях здравоохранения государственной формы собственности в различных режимах (одна анатомическая область за одно исследование); томография парных суставов считается как одно исследование. *Запись и выбор медицинской организации для проведения данных исследований производит Страховщик.*

1.2.7 **Эндоскопические** (проводятся без общей анестезии, без седации) не более 2 (двух) исследований в совокупности за период страхования в организациях здравоохранения государственной формы собственности (не более 1 исследования в первом оплаченном периоде страхования), в т.ч.: фиброгастроскопия (ФЭГДС), фиброколоноскопия (ФКС), фибробронхоскопия (ФБС), ректосигмоколоноскопия, цистоскопия, видеоэндоскопия ЛОР-органов, эндоультрасонография. *Запись и выбор медицинской организации для проведения данных исследований производит Страховщик.*

Исключение: капсульная эндоскопия.

1.2.8 **Специальные:** в т.ч. кольпоскопия, денситометрия, офтальмологические исследования, дерматоскопия (СИАскопия), ректоскопия, ректосигмоскопия, аноскопия. - не более 2 исследований в совокупности за период страхования (не более 1 исследования в первом оплаченном периоде страхования).

1.2.9 **Малые инвазивные диагностические вмешательства** (выполнение биопсий, в т.ч. аспирационной биопсии эндометрия, диагностических пункций). Так же пункции и биопсии под контролем УЗИ. Исключение: фьюжн биопсия.

1.3 **ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ, ОПЕРАЦИИ И МАНИПУЛЯЦИИ**, по медицинским показаниям организуются и оплачиваются в организациях государственной формы собственности, если иное не оговорено страховой медицинской программой.

Малые оперативные вмешательства (при проведении вмешательства под седацией (наркозом), общей анестезией расходы на подготовку к седации (наркозу), общей анестезии, а также само анестезиологическое пособие не подлежат оплате страховщиком):

- первичная хирургическая обработка ран, наложение и снятие швов, хирургические перевязки;
- удаление инородных тел из мягких тканей, вскрытие небольших поверхностных абсцессов;
- удаление поверхностных инородных тел из глаз;
- гинекологические вмешательства: удаление внутриматочной спирали (при кровотечении, эндометрите; выскабливание цервикального канала (эндоцервикальный кюретаж).

1.4 **ИММУНИЗАЦИЯ:** Экстренная профилактическая вакцинация **противостолбнячным** анатоксином по медицинским показаниям.

1.5 **ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ** организуется и оплачивается в **организациях здравоохранения государственной формы собственности** в амбулаторно-поликлинических условиях согласно назначению лечащего врача - не более 20 процедур в совокупности за период страхования (не более 10 процедур в первом оплаченном периоде страхования): электролечение, светолечение (кроме фотолечения в косметологии и дерматологии), теплотечение, лазеротерапия (кроме высокоинтенсивной, импульсной), ультразвуковая терапия, ингаляции.

1.6 **Организация и оплата медицинских услуг (в рамках объема услуг, предусмотренного страховой медицинской программой) по поводу:**

- заболеваний, передающихся половым путем, и их осложнений;
- себореи, себорейного и атопического дерматита, микозов кожи и ногтей пластинок;
- гепатитов и их осложнений (кроме гепатитов В и С);
- синдром Жильбера;
- экзема, нейродермит;
- саркоидоза, муковисцидоза;
- ВПС (врожденные пороки сердца), МАРС (малых аномалий развития сердца); менингиомы и ангиомы головного мозга; долихосигма;
- очаговая склеродермия;
- аутоиммунных болезней с поражением одного органа;
- соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы;
- дисплазии тазобедренного сустава и их осложнений; идиопатического и диспластического сколиоза;
- неспецифического язвенного колита, болезни Крона;
- коронавирусной инфекции (COVID-19) - возможность обслуживания определяется организацией здравоохранения.

1.7 Обследование для подготовки к малому оперативному вмешательству (п.1.3.1) по случаю, который является страховым, в рамках объема медицинских услуг, предусмотренного страховой медицинской программой (вне зависимости от организации здравоохранения, где будет проводиться операция).

1.8 **Медицинские услуги:** общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), электрокардиография (ЭКГ) могут быть организованы без наличия письменных рекомендаций врача по медицинским показаниям на усмотрение Страховщика.

2. Согласно условиям договора добровольного страхования медицинских расходов, не признаются страховыми случаями обращения за медицинскими услугами в связи с:

2.1 несчастными случаями, полученными Застрахованным лицом вследствие совершения им действий, в которых установлены признаки преступления, административного правонарушения, а также вследствие алкогольного (содержание алкоголя крови не менее 0,5 промилле), наркотического или токсического опьянения;

2.2 осложнениями, явившимися следствием нарушения Застрахованным лицом курса лечения или лечебного режима;

2.3 лечением или хирургическим вмешательством по поводу заболевания или травмы, не являющихся страховым случаем;

2.4 алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и их осложнениями;

2.5 ВИЧ-инфекцией, СПИДом и их осложнениями;

2.6 гепатитами В и С, циррозами печени и их осложнениями;

2.7 особо опасными инфекционными заболеваниями, если иное прямо не оговорено данной страховой программой;

2.8 гельминтозом любой этиологии;

2.9 туберкулезом независимо от клинической формы и стадии процесса;

2.10 врожденными и наследственными заболеваниями в т.ч. врожденными аномалиями (включая кисту кармана Ратке (ККР), эпителиальный копчиковый ход (ЭКХ), каверному головного мозга) и их осложнениями, если иное не оговорено страховой программой;

2.11 сахарным диабетом инсулинзависимым (1-го типа) и его осложнениями;

2.12 демиелинизирующими заболеваниями нервной системы (рассеянным склерозом, сирингомиелией и др.);

2.13 злокачественными новообразованиями, в том числе кроветворной и лимфатической тканей и их осложнениями, доброкачественными новообразованиями злокачественного течения и их осложнениями, в том числе диспансерным наблюдением по вышеуказанным заболеваниям;

2.14 системными заболеваниями (системными поражениями соединительной ткани (M30-M36 по МКБ10), а также антифосфолипидным синдромом (D68.6)), в том числе ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева, склеродермией (за исключением очаговой склеродермии), и их осложнениями, если иное не оговорено страховой программой;

- 2.15 чесоткой, педикулезом, алопецией (и другой потерей волос);
- 2.16 псориазом и его осложнениями;
- 2.17 заболеваниями, явившимися причиной установления группы инвалидности у Застрахованного лица;
- 2.18 беременностью (в т.ч. подготовкой к беременности) и ее осложнениями, прерыванием беременности (кроме искусственного прерывания беременности, проводимого по медицинским показаниям), дородовым наблюдением, родовспоможением, послеродовым наблюдением, послеродовыми заболеваниями и осложнениями (послеродовый период - 42 (сорок два) дня после родов);
- 2.19 дефектами речевого развития;
- 2.20 планированием семьи (включая контрацепцию, вспомогательные репродуктивные технологии); диагностикой и лечением бесплодия (мужского и женского), сексуальными половыми расстройствами.

При выявлении у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболевания (состояния), указанного в пп.2.5-2.18 настоящей страховой медицинской программы, ему оказываются медицинские услуги и оплачиваются медицинские расходы в соответствии с настоящей страховой медицинской программой до установления окончательного диагноза такого заболевания (состояния).

3. Если иное прямо не оговорено страховой медицинской программой, не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются медицинские расходы (не являются страховым случаем), связанные с:

- 3.1 санаторным лечением в условиях санатория;
- 3.2 реабилитационным лечением в условиях круглосуточного пребывания в реабилитационном центре (реабилитационном отделении стационара);
- 3.3 осмотрами медицинских работников, диагностическим обследованием в целях оформления санаторно-курортной карты, за исключением случаев, когда страховая медицинская программа предусматривает санаторно-курортное лечение;
- 3.4 искусственной инсеминацией, экстракорпоральным оплодотворением;
- 3.5 стерилизацией мужчин или женщин, изменением пола;
- 3.6 абортom, кроме аборта, проводимого по медицинским показаниям в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;
- 3.7 пластической хирургией и манипуляций всех видов с целью исправления косметических дефектов лица, тела, конечностей, улучшением внешнего вида, за исключением случаев, прямо оговоренных страховой медицинской программой;
- 3.8 психиатрической помощью (по диагнозам, выставленным врачом-специалистом в области оказания психиатрической помощи (психиатр, психотерапевт, психоневролог, нарколог, психиатр-нарколог) и соответствующим рубрикам F00- F99 по МКБ-10, за исключением рубрики F45.3- соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы);
- 3.9 самолечением, аутотренингом;
- 3.10 ортопедическим лечением плоскостопия;
- 3.11 лечением деформированных ногтей конечностей (за исключением случаев воспалительного процесса при вросшем ногте), лечением ониходистрофии;
- 3.12 генетическими обследованиями (в т.ч. молекулярно-биологическими исследованиями, геной диагностикой предрасположенности к заболеваниям) и консультированием;
- 3.13 использованием гормональных препаратов с целью контрацепции, средств по контролю над рождаемостью;
- 3.14 приобретением супинаторов, вкладышей для коррекции стопы, костылей, бандажей, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, средств дополнительной реабилитации (тренажеры, спортивные снаряды); других изделий медицинского назначения (в т.ч. пластиковых (полимерных) бинтов (повязок), пластиковых ортезов);
- 3.15 медицинскими услугами или препаратами, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию Застрахованного лица, а не по медицинским показаниям;
- 3.16 медицинскими услугами не соответствующими Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденных Министерством здравоохранения Республики Беларусь, за исключением, когда договор страхования действует за пределами Республики Беларусь либо в случаях, когда проведение альтернативных методов диагностики и (или) лечения предусмотрено страховой медицинской программой;
- 3.17 приобретением, вне зависимости от целей применения, травяных сборов, биологически активных добавок, гомеопатических средств, витаминов, витаминно-минеральных комплексов, минеральных добавок;
- 3.18 проведением повторных врачебных консультаций, обследований с целью сбора мнений специалистов различных организаций здравоохранения по желанию Застрахованного лица;
- 3.19 медикаментозным обеспечением, за исключением:
 - 3.19.1 расходных материалов, принадлежащих медицинской организации и использованных в амбулаторных условиях при оказании медицинских услуг, предусмотренных страховой медицинской программой, если иное не предусмотрено данной страховой программой;
 - 3.19.2 стационарного лечения, предусмотренного страховой медицинской программой;
- 3.20 плановым терапевтическим и (или) хирургическим стоматологическим лечением, ортодонтическим лечением, зубопротезированием, имплантацией зубов (а также подготовка к зубопротезированию и имплантации), профилактической гигиеной полости рта, если иное не предусмотрено данной страховой медицинской программой;
- 3.21 плановой хирургической операцией глаза, в связи с катарактой, близорукостью, дальнозоркостью и астигматизмом;
- 3.22 оказанием высокотехнологичной медицинской помощи (включая сложные медицинские вмешательства), а также трансплантации, эндопротезирования, реконструктивного хирургического лечения, за исключением медицинской помощи конкретного вида и объема, указанных в страховой медицинской программе;

- 3.23 обследованием нетрадиционными методами: биорезонансная диагностика, иридодиагностика, гемосканирование, прикладная кинезиология, метод Фолля, спектрально-динамический метод, КМСД, полисомнографические и иные сомнологические исследования (лаборатория сна), компьютерная и нелинейная скрининг-диагностика общей патологии, аурикулодиагностика, дерматоглифика и др.;
- 3.24 лечением нетрадиционными методами: гомеопатия, ароматерапия, апитерапия, фитотерапия, кислородные коктейли, гирудотерапия, акупунктура, акупрессура, рефлексотерапия, традиционная китайская медицина, аюрведа, талассотерапия, биоэнергетика, литотерапия, стоун-терапия, мануальная терапия, мезотерапия, остеопатия, Су-Джок терапия, дзю-терапия, магнитотерапия общая, баротерапия (за исключением абсолютных показаний), криотерапия, озонотерапия, аутогемотерапия, аутосеротерапия, ВЛОК, гипноз, лечение по методам Суханова, Семеновой, карбокситерапия, ТЭС-терапия, тейпирование и др.;
- 3.25 обследованием и лечением, которое является экспериментальным или исследовательским;
- 3.26 мониторингом очистки кишечника, в т.ч. гидроколонотерапией;
- 3.27 медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий конкретного вида и (или) объема, в т.ч. профилактической диспансеризацией – консультациями врачей и диагностикой по достижении определенного возраста, если иное не оговорено страховой медицинской программой;
- 3.28 хирургическим лечением храпа, септопластикой, ринопластикой;
- 3.29 склеротерапией вен, минифлебэктомией;
- 3.30 экстракорпоральными видами лечения, в том числе плазмаферезом (прямой абсорбции липопротеидов крови), гемодиализом, гемодиализацией, перитонеальным диализом, внутривенной УФ- и лазеротерапией, (в т.ч. УФОК), терапией с применением крови, ее компонентов и эндоглобулинов;
- 3.31 лечением в условиях дневного стационара, если иное не предусмотрено данной страховой медицинской программой;
- 3.32 хирургическим лечением вальгусной стопы;
- 3.33 оплатой части медицинских расходов, превосходящих стоимость медицинских услуг, указанных в прейскуранте цен, утвержденном в установленном порядке организацией здравоохранения;
- 3.34 обследованием для подготовки к стационарному лечению, оперативному вмешательству в условиях стационара;
- 3.35 оказанием медицинских услуг, не предусмотренных объемом медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках страховой медицинской программы.

4. Особые условия:

- 4.1 В случае замены Застрахованного лица договор страхования в отношении нового Застрахованного лица действует на условиях, на которых он был заключен в отношении исключенного Застрахованного лица в пределах остатка страховой суммы, в том числе остатка страховых сумм по дополнительным медицинским услугам при их наличии, неиспользованного объема страховой медицинской программы.
- 4.2 Застрахованное лицо обязано контролировать остатки страховой суммы, отдельных страховых сумм по дополнительным услугам, установленные в договоре страхования в отношении застрахованного лица.
- 4.3 Застрахованное лицо обязано возратить выплаченную выгодоприобретателю сумму страховой выплаты (ее части), если после ее проведения Страховщику станут известны такие обстоятельства, которые в соответствии с настоящей страховой медицинской программой лишают права Застрахованное лицо на оплату его расходов.
- 4.4 Застрахованное лицо на основании счета медицинского учреждения (аптеки) обязано самостоятельно возместить Страховщику либо организации здравоохранения стоимость оказанных ему медицинских услуг в случаях:
- получения медицинских услуг в объеме, превышающем размер установленных лимитов (в т.ч. по лимитированным услугам, стоматологии и медикаментозному обеспечению);
 - получения медицинских услуг (лекарственных средств (медикаментов)), не предусмотренных условиями договора страхования, медицинской программы;
 - выявления факта сокрытия ранее диагностированного заболевания, не относящегося к страховым случаям;
 - страхового мошенничества, передачи иным лицам своего права на получение медицинских услуг по договору страхования.
- 4.5 Страховщик имеет право отказать Застрахованному лицу в организации и оплате отдельного вида медицинских услуг, предусмотренных страховой медицинской программой, в случае его неявки без уважительных причин в организацию здравоохранения в согласованное Страховщиком и Застрахованным лицом время для получения данного вида медицинских услуг. К уважительным причинам относятся:
- болезнь Застрахованного лица, подтвержденная медицинским документом;
 - стихийные бедствия, техногенные аварии, судебные разбирательства, действия органов дознания и следствия, участником которых является Застрахованное лицо и подтверждает это документально.
- 4.6 Посещения гинеколога (в т.ч. гинекологические обследования) приостанавливаются при установлении беременности.
- 4.7 Договор страхования действует в пределах Республики Беларусь.

5. Организация медицинского обслуживания.

- 5.1 В течение 10 рабочих дней после заключения договора страхования и оплаты страховой премии (либо первой ее части) Страхователю выдается карточка Застрахованного лица с необходимой информацией.
- 5.2 При наступлении страхового случая (остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме) для организации медицинской помощи, а также для отмены организованных ранее медицинских услуг, Застрахованное лицо связывается с представителем Страховщика по телефонам, указанным в карточке Застрахованного лица.

Контактные данные Контакт-центра:

- +375 17 3004444 (многоканальный)
- +375 29 863 54 71 (МТС)
- +375 44 741 42 25 (А1)
- +375 29 335 54 52 (А1)
- +375 25 549 54 55 (Лайф)

Режим работы КОНТАКТ-центра Филиала Белгосстраха по г. Минску:

Пн.-Пт. с 8-00 до 20-00, Сб. с 9-00 до 17-00.

Круглосуточный телефон, указанный в карточке (+375 17 395-48-90), для звонков во вне рабочее время (воскресенье, праздничные дни, вечернее и ночное время) и только по вопросам неотложной помощи¹.

Оставить заявку на организацию медицинской помощи можно на сайте www.bgs.by (воспользуйтесь этой возможностью, в периоды пиковой нагрузки на телефонные линии представителя Страховщика).

Заявка на организацию медицинской помощи, поданная до **12.00 рабочего дня**, рассматривается в этот же день, **после 12.00** – в следующий за днем подачи рабочий день.

Для пересылки копии документа просим использовать:

- Мессенджер: Viber, Telegram- номер озвучивает специалист Контакт-центра;
- e-mail: suumed.minskcity@bgs.by;
- факс: +375 17 278-55-70.

5.3 Для принятия решения о наличии страхового случая и организации медицинских услуг Застрахованное лицо **обязано предоставить по требованию Страховщика консультативное заключение (копию)** с рекомендациями по обследованию и лечению, результаты обследования. Медицинская документация, в том числе направление на диагностическое обследование, должна быть оформлена в соответствии с требованиями Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

5.4 **Представитель Страховщика (врач-эксперт) имеет право оценивать обоснованность назначенных исследований и видов лечения в соответствии с действующими клиническими протоколами диагностики и лечения заболеваний, утвержденными Министерством здравоохранения Республики Беларусь и принимать решение об объеме медицинских услуг, предоставляемых по условиям страховой медицинской программы.**

5.5 После согласования представителем Страховщика визита в лечебное учреждение, Застрахованное лицо уведомляется о дате, времени, месте оказания медицинской услуги (адрес лечебного учреждения, № кабинета, фамилии врача или куратора в данном медицинском учреждении).

5.6 При посещении лечебного учреждения необходимо иметь на руках: карточку Застрахованного лица, паспорт, вид на жительство (при его наличии).

5.7 Страховщик имеет право осуществлять медико-экономический контроль объемов и экспертизу качества медицинских услуг, оказываемых застрахованным лицам в соответствии с условиями договора, заключенного с организацией здравоохранения на оказание медицинских услуг.

5.8 Страховщик имеет право определять организации здравоохранения для оказания медицинских услуг в соответствии со страховой медицинской программой.

5.9 В случае возникновения спорной ситуации, когда застрахованное лицо не согласно с отказом в организации медицинской услуги, для решения вопроса о страховой выплате застрахованное лицо по согласованию с представителем Страховщика оплачивает услугу самостоятельно и обращается в Белгосстрах с заявлением о компенсации, прилагая пакет медицинских документов (выписка из поликлиники по месту жительства, консультативные заключения, результаты анализов и обследований). В таком случае выплата страхового возмещения возможна только при обнаружении патологически протекающего процесса, заболевания, которое в соответствии со страховой медицинской программой, является страховым случаем.

5.10 Застрахованное лицо обязано не позднее, чем за один день до запланированного дня оказания медицинской услуги (последний рабочий день перед выходными днями, если оказание медицинской услуги запланировано на выходной день) уведомить Страховщика о невозможности получения медицинской услуги в согласованные Страховщиком и Застрахованным лицом сроки.

Если в процессе работы со Страховщиком или с организацией здравоохранения у Вас возникли замечания или предложения, для улучшения качества Вашего обслуживания, о них Вы можете сообщить в Белгосстрах по E-mail: Puhovskaya.minskcity@bgs.by или по телефону +375 17 278-70-30.

5.11 **Для решения вопроса о страховой выплате по медицинским расходам, оплаченным Застрахованным лицом (Страхователем) самостоятельно, по согласованию со Страховщиком, Застрахованное лицо (Страхователь) должен в течение 30 календарных дней после оплаты предоставить в Белгосстрах следующие документы:**

- **заявление о страховом случае, в котором в обязательном порядке указываются номер (серия) и срок действия договора страхования; сведения о застрахованном лице, которому была оказана медицинская помощь, (фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется), дата рождения, идентификационный номер либо номер (при отсутствии идентификационного номера) документа, удостоверяющего личность); стоимость, общая сумма расходов, понесенных за оказанную застрахованному лицу медицинскую помощь, с детализацией по медицинским услугам (Приложение 1);**

- оригинал (надлежащим образом заверенная медицинским учреждением копия) документа (консультативное заключение, заказ-наряд, протокол исследования, выписка из медицинской карты), подтверждающего факт обращения за медицинской помощью и содержащего дату обращения, сроки оказания медицинских услуг, диагноз заболевания, перечень оказанных медицинских услуг, их стоимость;
- оригинал документа, подтверждающего оплату медицинских услуг (чек, расшифровка чека с наименованием услуг за которые была произведена оплата);
- копию двух последних страниц паспорта или номер карт счета;
- результаты анализов, протоколы обследований (в случае возникновения спорной ситуации, возникшей при отказе специалистом Контакт-центра в организации медицинской услуги).

¹Под неотложной помощью подразумевается помощь, оказываемая по жизненным показаниям при состояниях, требующих оказания скорой медицинской помощи (травмы, в т.ч. ожоги, отморожения; кровотечения; «острый» живот; печеночная, почечная колика; лихорадка более 38°C; внезапно возникшие боли в области сердца, одышка, нарушение сердечного ритма; гипертонический криз; обморок; судорожный синдром; острые аллергические реакции).

В случае возникновения состояния угрожающего жизни, Страховщик может направить Застрахованное лицо в государственное либо коммерческое медицинское учреждение (на усмотрение Страховщика) в соответствии с графиком работы специалистов медучреждения.

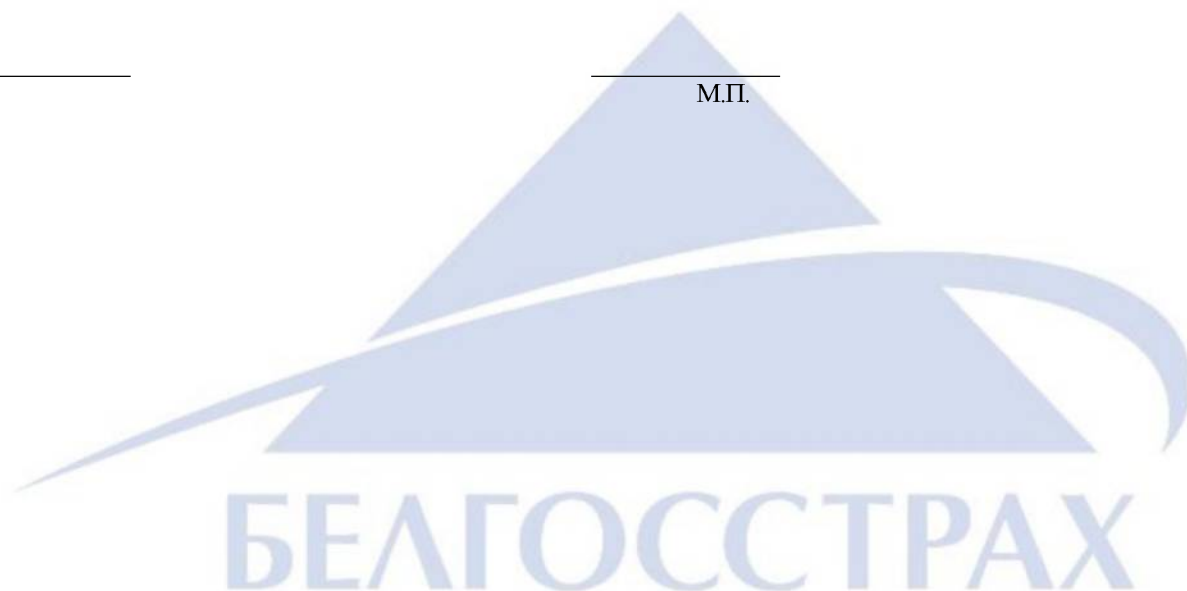
В случае невозможности организовать платную услугу (по профилю) Страховщик рекомендует вызвать скорую помощь.

Представитель Страховщика

Страхователь

М.П.

М.П.



Директору

(наименование подразделения Белгосстраха)

проживающего (ей) по адресу:

тел. _____

договор страхования серия ____ № _____

срок действия договора страхования

Заявление о страховом случае

Прошу возместить понесенные мною медицинские расходы. Застрахованное лицо: _____

Ф.И.О.

Дата рождения: _____ Идентификационный номер _____

Номер документа, удостоверяющего личность _____

Дата обращения __/__/20__ Причина обращения (диагноз) _____

Мне были оказаны следующие медицинские услуги:

Самостоятельная оплата медицинских расходов согласована (да/нет) _____

Мною были оплачены медицинские услуги на сумму _____

Оплаченные счета и медицинские документы прилагаются на _____ листах.

Перечень документов: _____

Страховую выплату прошу произвести _____

отделение банка, данные карт-счета

Разрешаю страховщику запрашивать и получать сведения из организаций здравоохранения (медицинских учреждений, врачей) о состоянии моего здоровья, проведенном лечении, иные сведения, составляющие врачебную тайну, по поводу заявленного на выплату случая.

_____ подпись, ФИО застрахованного лица (законного представителя)

«__» _____ 20__ года _____

ПОДПИСЬ

