Приложение № 7

к договору о

закупках по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от «\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. №\_\_\_

.

**Регламент оказания медицинской помощи**

Исполнитель выполняет свои обязательства по Договору путем организации и предоставления Застрахованному медицинских услуг, в том числе при необходимости посредством Медицинского ассистанса.

Медицинские услуги Застрахованным оказываются непосредственно Исполнителем/ Медицинским ассистансом, либо по решению/направлению Исполнителя/Медицинского ассистанса в медицинских организациях, входящих в список Заказчика.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наименование Исполнителя | Наименование услуги | Контакты ответственных работников Исполнителя | График работы |
| Страховая организация (Исполнитель) |  |  |  |
| Медицинский ассистанс (при наличии) | Медицинский координаторФИО |  |  |
| Семейный врач вызов в офис/на дом ( при экстренных случаях) |  |  |
| Скорая помощь Мед Ассистанса |  | круглосуточно |
| Круглосуточная диспетчерская служба | Город (а) | Call Centre тел.  | круглосуточно |
| Медицинский ассистанс за рубежом |  |  | круглосуточно |

**1. При любом обращении в круглосуточную диспетчерскую службу** Заказчик/Застрахованный должен сообщить следующую информацию:

* Наименование Страховой компании
* Наименование Заказчика
* Номер медицинской пластиковой карточки
* Фамилию Имя Отчество

**2. При обращении Заказчика/Застрахованного за медицинскими услугами** к семейному врачу, в медицинские организации или к врачам из Списка Заказчика Заказчик/Застрахованный обязан предъявить медицинскую пластиковую карточку и документ, удостоверяющий личность.

 **Исключение:** до момента получения медицинской пластиковой карточки Застрахованным, основанием для предоставления медицинских услуг, является предъявление семейному врачу/врачу из Списка Заказчика удостоверения личности и устное сообщение наименования Заказчика.

* 1. **Виды и объем лечения**, диагностических исследований и необходимых лекарственных средств, решение о госпитализации – определяется/принимается семейным врачом и/или врачом специалистом, на основании и в соответствии с Программой страхования Застрахованного.
	2. **При получение любых медицинских услуг Заказчик/Застрахованный обязан** своей подписью на бланке направления, рецептурном бланке (при получении лекарственных средств), заказ-наряде (при получение услуг по стоматологии), калькуляционном листе, регламенте покрытия (при стационарном лечение), подтвердить факт получения им медицинских услуг.
	3. **Медицинское обслуживание детей** осуществляется в амбулаторно-поликлиническом и стационарном режиме.
	4. **Для получения справочной информации** по работе врачей – специалистов (график работы, адрес и телефон медицинских организаций), информации по страховой программе, лимитам и расходам, Заказчик/Застрахованный должен обратиться в круглосуточную диспетчерскую службу по телефонам указанным на его медицинской пластиковой карточке.
	5. **Для получения услуг скорой медицинской помощи**:
1. Застрахованный должен вызвать скорую медицинскую помощь через круглосуточную диспетчерскую службу Исполнителя/Медицинского ассистанса по телефону, указанному на медицинской пластиковой карточке либо по прямому телефону скорой помощи Исполнителя/Медицинского ассистанса;
2. В случае, если Застрахованному, по решению врача, необходима стационарная медицинская помощь, он подлежит госпитализации в медицинскую организацию, входящую в список Заказчика;
3. В случае если, Застрахованному по решению врача, необходима экстренная медицинская помощь на дому, врач предоставляет ее и передает, информацию о состоянии Застрахованного Семейному врачу для дальнейшей организации и контроля тактики лечения Застрахованного;
	1. **Вызов семейного врача (терапевта/педиатра) на дом/рабочее место:**
4. При возникновении у Застрахованного угрожающих для жизни состояний, а

 также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства:

* + выраженный болевой симптом, травматические поражения, шоковые состояния;
	+ высокая температура тела (выше 39 градусов С), судороги;
	+ потеря сознания, удушье;
	+ симптомы изменения артериального давления;
	+ кровотечения;
	+ другие состояния, когда, с точки зрения врача, Застрахованный не может обратиться в поликлинику самостоятельно.
1. Застрахованный должен вызывать через круглосуточную диспетчерскую службу семейного врача на дом или на рабочее место в период с 9.00 до 18.00 местного времени в рабочие дни недели, в иное время - дежурных врачей Исполнителя/Медицинского ассистанса.
2. Семейный врач обязан явиться на дом/рабочее место к Застрахованному в день поступления вызова.
3. Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого назначает лечение Застрахованному. В компетенцию семейного врача входит выдача направления на посещение узкого врача–специалиста, направления на лабораторно-инструментальные методы исследования, направления на госпитализацию, выписка рецептов на лекарственные препараты на фирменных рецептурных бланках.
	1. **Для получения амбулаторно-поликлинических услуг по экстренным показаниям:**
4. Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Заказчика, в установленные часы приёма. В не рабочее время и выходные дни, Застрахованный должен вызвать скорую медицинскую помощь через круглосуточную диспетчерскую службу Исполнителя/Медицинского ассистанса по телефону, указанному на медицинской пластиковой карточке.
5. Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, семейный врач самостоятельно устанавливает Застрахованному диагноз и осуществляет комплекс мероприятий необходимых для устранения угрожающих для жизни и здоровью состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства, либо может направить Застрахованного (т.е. выписать направление на фирменном бланке Исполнителя/Медицинского ассистанса), в медицинские организации или к врачам из Списка Заказчика для получения следующих медицинских услуг в экстренном порядке:
* первичную консультацию врача специалиста;
* однократное проведение лабораторно-инструментальных исследований, УЗИ диагностика, ЭКГ диагностика, рентген диагностика и другие исследования в рамках Программы страхования.;
* проведение лечебных мероприятий/манипуляций, направленных необходимых для устранения угрожающих жизни и здоровью состояний, а также состояний, требующих немедленного медицинского вмешательства;
1. В случае если объем оказываемых мероприятий в амбулаторно-поликлинических условиях, недостаточный для устранения угрожающих жизни, здоровью/экстренных состояний, Застрахованного   госпитализируют в экстренном порядке по направлению семейного врача в соответствующую медицинскую организацию из списка Заказчика.
2. В случае положительного эффекта проводимых лечебных мероприятий/манипуляций, семейный врач открывает Застрахованному лист временной нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности).
3. Повторные консультации семейных врачей, врачей специалистов и дальнейшие необходимые лабораторно-диагностические исследования, связанные с выяснением причины возникновения экстренного состояния, лечением его последствий, а также продление/закрытие листа временной нетрудоспособности, предоставляются Застрахованному по категории амбулаторно-поликлиническая помощь по лечебным показаниям. При отсутствие данной категории в программе страхования, Застрахованный оплачивает эти услуги самостоятельно.
4. **Для получения амбулаторно-поликлинических услуг по лечебным показаниям:**
	1. Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Заказчика, в установленные часы приёма или в круглосуточную диспетчерскую службу Исполнителя/Медицинского ассистанса, для записи на прием к семейному врачу.
	2. Семейный врач организует предоставление медицинских услуг Застрахованному в порядке и объемах, предусмотренных Программой страхования Застрахованного.
	3. Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного. По результатам первичного осмотра, Семейный врач либо назначает лечение самостоятельно или в случае необходимости направляет Застрахованного (т.е. выписывает направление на фирменном бланке Исполнителя/Медицинского ассистанса), в медицинские организации или к врачам из Списка Заказчика для получения следующих медицинских услуг:
* консультации врачей специалистов;
* проведение лабораторно-инструментальных исследований;
* проведение лечебных мероприятий/манипуляций;
* госпитализация;
* получение лекарственных средств.
	1. Застрахованный должен извещать семейного врача о результатах посещения медицинских организаций и врачей и предоставлять копии заключений, направлений, результатов исследований и иных документов, составленных при получении Застрахованным медицинских услуг.
	2. Все результаты посещений фиксируются семейным врачом в амбулаторной карте Застрахованного и на основании этих сведений, семейный врач выписывает Застрахованному:
	+ направление на получение назначенных медицинских услуг (процедуры, манипуляции и т.д.);
	+ рецепт, являющийся основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами;
	1. Получение медицинских услуг/лекарственных средств, назначенных узким специалистом (исследования, приобретение лекарственных средств и т.д.), а также повторный приём узкого специалиста, осуществляется Застрахованным только после получения направления/рецепта семейного врача.
	2. Семейный врач обязан обеспечить выдачу листков временной нетрудоспособности (справка о временной нетрудоспособности) врачами и/или медицинскими организациями из Списка Заказчика, которые в соответствии с законодательством РК, вправе выдавать данные документы.
1. **Предоставление услуг лабораторно-инструментальных исследований:**
2. Предоставление услуг лабораторно-инструментальных исследований, осуществляется при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.
3. Застрахованный должен обратиться к семейному врачу по адресам, указанным в Списке Заказчика, в установленные часы приёма или в круглосуточную диспетчерскую службу Исполнителя/Медицинского ассистанса, для записи на прием к семейному врачу.
4. Семейный врач на основании данных первичного осмотра и/или результатов осмотра врачей специалистов, выписывает Застрахованному направление в организации из списка Заказчика на необходимые лабораторно-инструментальные исследования.
5. Основанием, для прохождения Застрахованным лабораторно-инструментальных исследований является направление на фирменном бланке Исполнителя/Медицинского ассистанса, выписанное семейным врачом.
6. Застрахованный обязан предоставить семейному врачу результаты исследований. Предоставленные результаты фиксируются семейным врачом в амбулаторной карте Застрахованного.
7. **Предоставление лекарственных средств:**
8. Предоставление лекарственных средств, осуществляется только при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и строго в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.
9. Основанием для обеспечения Застрахованного лекарственными средствами является рецепт, на фирменном бланке Исполнителя/Медицинского ассистанса, выданный семейным врачом.
10. Рецепт предъявляется Застрахованным в аптеку Исполнителя/Медицинского ассистанса или в одну из аптек входящих в список Заказчика.
11. В экстренных случаях, Застрахованный имеет право самостоятельно приобрести лекарственные препараты по рецепту семейным врача в любой аптеке в пределах собственного лимита по медикаментам. При этом он обязан сохранить соответствующий документ (рецепт или копию назначения из амбулаторной карты), а также документ, подтверждающий факт приобретения лекарственных средств (оригиналы фискального кассового чека и товарного чека, с указанием выданных медикаментов и печатью организации), которые подлежат предъявлению семейному врачу для компенсации произведенных расходов.
12. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным производится Исполнителем/Медицинским ассистансом путем перечисления денег на счет Застрахованного в срок не позднее 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня предъявления Застрахованным в Исполнителю/Медицинскому ассистансу всех подтверждающих документов.
13. Не допускается внесение ограничений выдачи лекарственных средств/препаратов, по внутренним формулярам Исполнителя/Медицинского ассистанса, кроме не разрешенных к применению в Республике Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством.
14. Страховой выплатой покрываются лекарственные средства и витамины, зарегистрированные и разрешенные к применению на территории РК с учетом оснований, указанных в разделе 21 к настоящему Регламенту по медицинским и лечебным показаниям.

13.  **Предоставление услуг по стоматологии**:

1. Предоставление услуг по стоматологии, осуществляется при наличии данной категории покрытия в Программе страхования и в соответствии с лимитами, указанными в Программе страхования Застрахованного и условиями Договора.
2. .Для получения стоматологической помощи Застрахованный имеет право обратиться в любую стоматологическую клинику, входящую в список Заказчика, как самостоятельно, так и через круглосуточную диспетчерскую службу/семейного врача.
3. При первом обращении к узкому специалисту-стоматологу на Застрахованного оформляется медицинская карта, а также зубная формула.
4. Обращение Застрахованного в стоматологическую клинику, не входящую в список Заказчика возможно только в экстренных случаях – при острой зубной боли. При этом Застрахованный обязан сохранить соответствующий документ, подтверждающий факт обращения (оригинал фискального кассового чека, акт выполненных работ (заказ-наряд) с печатью организации), которые подлежат предъявлению семейному врачу для возмещения. Возмещение осуществляется в размере понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования.

Застрахованный имеет право возмещения расходов на стоматологические услуги и приобретение лекарственных средств в пределах выделенного лимита при сложности получения услуг в мед. организациях из списка Исполнителя (в отдаленных регионах – районных центрах, поселках, селах, станциях, разъездах). Для работников станций 3,4,5 классов данное возмещение будет в 100% размере, для всех остальных категорий работников в размере 70% от потраченных средств работника в пределах установленного лимита. Исполнитель должен предусмотреть упрощенные процедуры по возмещению данных расходов.

1. **Предоставление услуг стационарного лечения (госпитализация):**

Объем и качество услуг стационарного лечения контролируется семейным врачом Исполнителя/Медицинского ассистанса. При организации стационарного лечения по экстренным показаниям выбор медицинской организации и отделения осуществляется семейным врачом/врачом-координатором с учетом необходимой медицинской помощи, профиля клиники. При организации стационарного лечения по лечебным показаниям, выбор медицинской организации и отделения осуществляется врачом-координатором, с учетом пожеланий Застрахованного, согласно перечню участников медицинской сети, соответствующего выбранной Программе страхования.

1) **госпитализация по экстренным показаниям**

1.1. Осуществляется:

* по направлению врача скорой медицинской помощи Исполнителя/Медицинского ассистанса или семейного/доверенного врача из Списка Заказчика;
* бригадой государственной службы **скорой помощи;**
* **самостоятельно - при отсутствие объективной воз**можности получить направление, Застрахованный имеет право на экстренную госпитализацию.

1.2. Застрахованного госпитализируют в отделение экстренной помощи.

1.3. После оказания экстренной помощи, Застрахованного могут перевести для дальнейшего лечения в другие отделения этого же медицинского учреждения, либо другое медицинское учреждение по рекомендации сотрудников Медицинского ассистанса.

1.4. В случае самостоятельной госпитализации по экстренным показаниям Застрахованный, либо его представитель, оплачивают госпитализацию самостоятельно, с последующим предоставлением подтверждающих документов. Исполнитель/Медицинский ассистанс возмещает расходы в размере понесенных расходов, но не превышая действующего лимита по данной категории Программы страхования.

*Важно: В случае возникновения у Застрахованного экстренных показаний к лечению, когда у Застрахованного не было возможности обратиться к Исполнителю/в Медицинский ассистанс Заказчик, Застрахованный самостоятельно или через других лиц, должны уведомить Заказчика или Исполнителя/Медицинского ассистанса о наступлении страхового случая в течение 3 (трех) рабочих дней с момента, когда им стало известно о наступлении страхового случая*.

2) **госпитализация по плановым показаниям**

2.1.Застрахованный должен обратиться к семейному врачу или к доверенным врачам из Списка Заказчика по номеру телефона, указанному на медицинской пластиковой карточке.

2.2.Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого он выдает Застрахованному направление на госпитализацию, в случае, если вопрос о необходимости госпитализации может быть решен семейным врачом самостоятельно, либо направляет Застрахованного к врачу – специалисту, для решения вопроса о необходимости госпитализации.

2.3.Врач–специалист, проводит обследование Застрахованного, при необходимости госпитализации, выдает Застрахованному заключение с соответствующей рекомендацией или делает запись в амбулаторной карте Застрахованного.

2.4.Согласно заключению от врача-специалиста семейный врач выписывает на фирменном бланке Исполнителя/Медицинского ассистанса направление на госпитализацию Застрахованного в медицинскую организацию, входящую в список Заказчика.

2.5.Необходимость и решение об осуществление плановой госпитализации, а также все вопросы, связанные с плановой госпитализацией Застрахованного в стационар, решаются семейным врачом Исполнителя/Медицинского ассистанса.

2.6. Исполнительпокрывает расходы, связанные с лечением заболевания, послужившего непосредственной причиной госпитализации.

**15. Допускается обращение Застрахованного в медицинские организации, не указанные в Списке Заказчика:**

1. **По направлению семейного врача** при объективной невозможности получения Застрахованным медицинских услуг в медицинских организациях или у врачей из Списка Заказчика (отсутствие необходимых специалистов, аппаратуры и т.д.) и **по согласованию с круглосуточной диспетчерской службой** Исполнителя/медицинского ассистанса. При экстренных случаях допустимо получение услуг без направления врача. Полученные медицинские услуги Застрахованный оплачивает самостоятельно.

2. Компенсация расходов, произведенных Застрахованным производится Исполнителем/Медицинским ассистансом путем перечисления денег на карточный или лицевой счет Застрахованного. Возмещение в данном случае осуществляется в размере понесенных расходов, но не более лимита установленного Программой страхования.

3. В этом случае для получения страховой выплаты Застрахованный (выгодоприобретатель) обязан предоставить Исполнителю в течение 45 (сорок пять) календарных дней с даты окончательного оказания и получения курса медицинских услуг:

1) копию документа, удостоверяющего личность Застрахованного (выгодоприобретателя), либо нотариально засвидетельствованную доверенность на получателя;

2) ИИН Застрахованного;

3) документы, подтверждающие полученные медицинские услуги:

• по амбулаторно–поликлинической помощи – оригиналы счет – фактуры, фискального чека и копию из амбулаторной карты с результатами обследования, указанием диагноза и рекомендаций врача;

• по стационарному лечению –оригиналы счет – фактуры, фискального чека, копию выписки из стационара, калькуляционный лист;

• по стоматологическому лечению – оригиналы фискального кассового чека, акта выполненных работ (заказ-наряд) с диагнозом, копия прицельного рентген-снимка по медицинским показаниям;

• по лекарственному обеспечению – товарный чек, фискальный чек, копию назначений врача с указанием диагноза и полученных рекомендаций или ранее выданную выписку лечебного учреждения по показаниям к медикаментам;

4) сведения о карточном или лицевом счете Застрахованного (Выгодоприобретателя) при их наличии;

5) направление врача – работника медицинской сервисной компании (при наличии).

4. Исполнитель обязан в течение 15 (пятнадцати) рабочих дней со дня получения всех документов, вышеуказанных, осуществить Страховую выплату либо представить мотивированный отказ в Страховой выплате.

5. Страховая выплата осуществляется путем перечисления суммы страховой выплаты на карточный или лицевой счет Застрахованного.

6. В случае, если на момент истечения срока действия Договора Застрахованный находится на стационарном лечении, Исполнитель/Медицинский ассистанс обязуется покрыть/возместить расходы Застрахованного, которые он понес в связи с лечением.

7. Исполнитель/Медицинский ассистанс имеет право запрашивать дополнительные документы для определения страхового случая и возмещения расходов, понесенных Застрахованным в связи с его лечением. Не допускается истребование Исполнителем документов, которыми Застрахованный не располагает и (или) не может предоставлять их в соответствии с требованиями законодательных актов, а также дополнительных документов, не связанных с наступлением страхового случая.

8. Решение об отказе в Страховой выплате принимается Исполнителем/Медицинским ассистансом на основании проведенной экспертизы соответствия полученных медицинских услуг Программе страхования и страховой сумме, в том числе, по каждому Застрахованному работнику и по каждой медицинской услуге.

9. Исполнитель имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Застрахованный:

1) получил медицинские услуги, не предусмотренные Договором или Программой страхования;

2) получил медицинские услуги, не имеющие медицинских показаний;

3) сообщил искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения Договора страхования;

4) имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством Республики Казахстан, но не представил Исполнителю в установленный Договором срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;

5) передал свой Договор /страховую карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг;

6) не исполнил условия п.1 настоящего раздела.

**16**. **Оформление Застрахованным договора добровольного страхования лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан.**

* + 1. Договор страхования лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан, оформляется в случае наличия данной категории покрытия в Программе страхования Застрахованного;

Для оформления договора страхования лиц, выезжающих за границу, Застрахованный должен заполнить соответствующие заявки. Застрахованный должен заполнить заявление за 3 (трое) суток и предупредить Заказчика о предполагаемой поездке с указанием страны временного пребывания, количества дней пребывания за границей, а также предоставить копию паспорта лица, выезжающего за границу.

* + 1. Исполнитель оформляет договор страхования лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан н в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения письменного заявления Заказчика по установленной форме. Договор(а) страхования лиц, выезжающих за границу по согласованию с Застрахованным доставляется в офис Заказчика либо предоставляется Застрахованному в офисе Заказчика.
1. **При заключении Договора врачи медицинских организаций освобождаются от обязательств конфиденциальности перед Исполнителем в части, касающейся страхового случая.**
2. **Права и обязанности Застрахованного.**

Застрахованный обязан:

1. следовать указаниям обследующих и лечащих врачей;
2. незамедлительно сообщить Исполнителю (Заказчику) о ставших ему известным изменениях в обстоятельствах, сообщенных Исполнителю при заключении Договора, если эти изменения могут существенно повлиять на увеличение страхового риска;
3. обращаться к участникам медицинской сети из списка Исполнителя, строго соответствующим Программе страхования, если иное не предусмотрено Договором;
4. передать Исполнителю всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношение к страховому случаю, необходимые Исполнителю для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем;
5. получить направление, рецепт у семейного врача из списка в случаях, определенных Программами страхования, и при экстренной госпитализации в медицинские организации не из списка организаций Исполнителя, не позднее 3 (трех) рабочих дней сообщить Исполнителю лично или через своего представителя о наступлении страхового случая медицинскому координатору/представителю Исполнителя посредством телефонной связи;
6. соблюдать этику, уважение и нормы поведения в обращении с медицинскими работниками;
7. представлять документы, подтверждающих наступление страхового случая.
8. в случае возникновения превышения лимита страховой суммы, Исполнитель (ассистанс компания) уведомляет Застрахованного (Заказчика) о возникшем перерасходе лимита по телефону и (или) письмом (при этом уведомление Застрахованного по телефону считается им полученным) и одновременно блокирует действие страховой карточки, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному работнику до момента полной оплаты суммы превышения (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью). Застрахованный, по программе страхования, которого произошел перерасход лимита, обязан в течение 30 календарных дней с момента получения уведомления оплатить задолженность в размере суммы перерасхода лимита в кассу Исполнителя (кассу ассистанс компании) наличными денежными средствами или безналичным платежом на банковский счет Исполнителя (ассистанс компании ).
9. Для оформления договора/полиса для лиц, выезжающих за границу Республики Казахстан, заполнить соответствующую форму Заявления-анкеты Исполнителя на заключение договора/полиса для выезда за границу Республики Казахстан и направить предварительно сканированную версию на электронный адрес Исполнителя. Застрахованный должен заполнить заявление и предупредить Исполнителя о предполагаемой поездке с указанием страны временного пребывания, цели поездки, количество дней пребывания, а также предоставить копию паспорта.

Застрахованный вправе:

1. требовать от Исполнителя разъяснения условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;
2. получить дубликат страховой карточки в случае утери: в первый раз – бесплатно, при повторной утере – за счет Застрахованного;
3. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями Договора страхования и выбранной Программой страхования;
4. получать информацию о сумме расходов по полученным медицинским услугам;
5. сообщить Исполнителю о случаях непредставления медицинских услуг, неполного и некачественного их предоставления;
6. уполномочить врачей, медицинские организации и иных уполномоченных лиц выдавать Исполнителю по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы (справки, заключения);
7. по своему усмотрению обратиться в любое медицинское учреждение согласно Приложению №2 к Договору в случае наличия лечебных показаний по направлению семейного врача. При этом семейный врач обязан выдать направление в медицинское учреждение, выбранное Застрахованным;
8. подать соответствующую претензию (жалобу) Исполнителю и ассистанс компании по несоответствию качества обслуживания, в т.ч. отказы в обслуживании: в необоснованном отказе выдачи соответствующих направлений и назначений, без предоставления разъяснений по не страховым случаям, в отказах в обслуживании по причине задолженности асисстанс компаний перед лечебно-профилактическими и медицинскими учреждениями.
9. обратиться к узким специалистам без направления семейного врача в собственные медицинские организации Исполнителя/Медицинского ассистанса согласно Приложению №2 к Договору при наличии медицинских показаний.
10. обратиться в любое медицинское учреждение согласно Приложению №2 к Договору при наличии медицинских показаний по направлению семейного врача Исполнителя/Медицинского ассистанса.
11. получить медицинские услуги, предусмотренные Программой страхования по страхованию граждан, выезжающих за границу Республики Казахстан при выезде Застрахованного в период действия Договора за границу.

19. **Основания освобождения Исполнителя от осуществления страховых выплат:**

Не является страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинской помощи (если иное не предусмотрено программой страхования (Приложение № 2 к Договору) в связи:

1. со следующими заболеваниями, за исключением случаев, когда окончательный диагноз еще не установлен:

1. туберкулез, саркоидоз, полиомиелит и их последствия независимо от клинической формы и стадии процесса;
2. венерические заболевания и все заболевания, передающиеся половым путем;
3. климактерический синдром, включая сопутствующие климаксу патологические проявления (включая, но не ограничиваясь: миокардиодистрофия, остеопороз и т.д.);
4. спаечная болезнь, кроме случаев, угрожающих жизни;
5. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека и носители вируса иммунодефицита человека (ВИЧ);
6. системные поражения соединительной ткани, аутоиммунные заболевания;
7. врожденные и приобретенные аномалии и пороки развития, в том числе, лечение искривления носовой перегородки с косметологической, пластической;
8. деформирующие остеоартрозы, лечение;
9. лечение острых, хронических гепатитов и циррозов печени, болезни Крона, хронической печеночной недостаточности и её осложнений (включая, но не ограничиваясь: кожный зуд, гипербилирубинемия, печёночная кома);
10. доброкачественные и злокачественные новообразования органов и тканей, а также обусловленные ими осложнения, в том числе лечение псевдоэрозий и эрозий шейки матки (за исключением случаев, прямо угрожающих жизни и здоровью Застрахованного); гиперпластические процессы любой локализации, разрастания лимфоидной ткани (включая, но не ограничиваясь: аденоиды.);
11. заболевания эндокринной системы: сахарный и несахарный диабет и его осложнения;
12. бронхоэктатическая болезнь, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, эмфизема легких;
13. хронические остеомиелиты, пяточные шпоры;
14. синдром Лериша;
15. особо опасные инфекции, включая, но не ограничиваясь: натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф, брюшной тиф, туляремия, сап, миелоидоз, легионеллез, оспа, гемморрагические лихорадки, энцефалиты;
16. хирургическое лечение катаракты и глаукомы, птеригиум, массаж век и биостимуляция глазного яблока, косоглазие, возрастная макулярная дегенерация сетчатки, а также ее лечение препаратом «Луцентис»;
17. психические заболевания и их осложнения, а также различные травмы и соматические состояния, возникшие в связи с заболеваниями психической природы;
18. экстрапирамидные и другие двигательные нарушения нервной системы;
19. аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит, эндоартериит);
20. эпилепсия, демиелинизирующие заболевания нервной системы, гиперкинетические синдромы, неврозы навязчивых состояний, тики, энкопрез, тетания, каталепсия и другие группы неврозов;
21. ожирение, дефицит веса;
22. миокардит Абрамова –Фидлера; заболевания, требующие внедрения искусственного водителя ритма, синдром WPW;
23. хронические заболевания в стадии ремиссии;
24. заболевания, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения (согласно Приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526);
25. заболевания, указанные в Приказе Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 сентября 2020 года № ҚР ДСМ-108/2020 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний», и Приказе и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 октября 2020 года № ҚР ДСМ-162/2020. «Об утверждении перечня инфекционных, паразитарных заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих, при лечении которых оказывается специализированная медицинская помощь в стационарных условиях в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».
26. кардиомиопатия, СREST-синдром, терапия постинфарктного кардиосклероза;
27. паразитарные заболевания (в том числе гельминтозы), инфекционно-паразитарные заболевания, перечень которых предусмотрен Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года № 526 «Об утверждении Перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения».

2. со следующими методами диагностики и лечения:

1. иридо-, аурикуло-, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, мануальная диагностика, энергоинформатика, аллергодиагностика; барокамера, флойтинг, гирудотерапия, исследование по Фоллю, иглорефлексотерапия, грязелечение, оксигенотерапия, биорезонансная терапия, фототерапия, вакуумная терапия, ударно-волновая терапия, подводная, «сухая вытяжка» позвоночника, плазмаферез, гемоферез, УФО крови, гидроколонотерапия, циркулярный и другие виды душа, жемчужные и другие виды ванн, грязелечение, подводный массаж, биомеханическое вытяжение, нетрадиционная диагностика, нетрадиционные системы оздоровления, энергоинформационная система оздоровления, бальнеотерапия, механотерапия, тракционное лечение, методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны, лечение с применением лазерного излучения, включая лазерную литотрипсию;
2. 2.пластические операции, все виды протезирования и косметология; виды лечения, связанные с устранением косметических и иных недостатков внешности и телесных аномалий, изменение формы либо структуры носовых перегородок; проведение с этой целью челюстно-лицевых оперативных вмешательств;
3. ортодонтия, протезирование, профилактика стоматологических заболеваний;
4. лечение ортодантических нарушений;
5. протезирование зубов и подготовка к нему;
6. применение лечебных манипуляций на зубах, покрытых ортопедическими и ортодантическими конструкциями;
7. лечение аномалий развития и роста зубочелюстной системы;
8. изменение массы тела (хирургическое и/или медикаментозное); хирургическое изменение пола; трансплантация органов или тканей;
9. стерилизация, подбор методов контрацепции (в том числе, введение и удаление внутриматочной спирали);
10. эндопротезирование, аортокоронарное шунтирование, стентирование, коронарография, включая диагностику и все сопутствующие исследования, необходимые для их проведения,
11. лазерная и иная коррекция зрения.
12. диагностика и лечение импотенции, бесплодия;

3. со следующими обстоятельствами:

1. травмы, ожоги, отравления, полученные в состоянии алкогольного, токсического или наркотического опьянения;
2. попытка самоубийства;
3. умышленное нанесение телесных повреждений самому себе;
4. острые отравления алкоголем и его суррогатами, наркотическими средствами, за исключением неумышленного употребления;
5. травматическое повреждение или иное расстройство здоровья, наступившее в результате совершения Застрахованными умышленного преступления;
6. заболевания, травмы и другие повреждения организма, связанные с выделением ядерной энергии, радиоактивным облучением и/или их последствиями.
7. травмы, полученные Застрахованными при управлении каким бы то ни было транспортным средством в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения либо без соответствующих документов (а также в том случае, если Застрахованный передал управление лицу, находившемуся в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, либо не имевшему соответствующих документов);
8. заболевание или несчастный случай в результате военных действий, беспорядков, коллективных актов насилия политического, идеологического или социального происхождения, если доказано, что лицо, в пользу которого заключен Договор страхования, принимало в них участие;
9. заболевания, травмы и другие повреждения организма, произошедшие в период действия Договора страхования, но явившиеся прямым следствием военных действий, войны, оккупации территории, акта агрессии, вооруженных инцидентов (независимо от того, была ли объявлена война), забастовки, локаута, общественных беспорядков;
10. состояния, явившиеся следствием опасных увлечений Застрахованных: прыжки с парашютом, воздухоплавание, авторалли, скалолазание, рафтинг, альпинизм, серфинг, скейтбординг, дельта-, парапланеризм, автомобильные и мотогонки, верховая езда, регби, силовые виды спорта (тяжелая атлетика), спелеотуризм, родео, гонки на роликовых досках, мотоспорт
11. медицинские расходы, связанные с санаторно-курортным лечением;
12. расходы, связанные с приобретением металлоконструкций, имплантов, протезов для проведения реконструктивных и других видов операций – с целью лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата;
13. расходы, связанные с приобретением товаров медицинского назначения, предназначенные для реабилитации и ухода за больным;
14. расходы, связанные с использованием, ремонтом и подгонкой корригирующих медицинских устройств или приспособлений (контактных линз, оправ, слуховых устройств, слуховых имплантатов);
15. расходы, связанные с услугами психолога и психотерапевта, диетолога, логопеда, услугами по планированию семьи.
16. на медицинское обследование, проводимое с целью оформления справок для разрешения на ношение оружия, получения водительских прав, оформления справок о состоянии здоровья для выезда за рубеж за исключением случаев, предусмотренных Договором.
17. Исполнитель не компенсирует затраты на покупку следующих лекарственных препаратов:
	1. контрацептивные препараты;
	2. хондропротекторы;
	3. противотуберкулезные препараты;
	4. биологические активные добавки;
	5. антидепрессанты;
	6. косметические средства;
	7. анорексантные препараты;
	8. иммуномодуляторы, иммунодепрессанты;
	9. гомеопатические средства;
	10. гепатопротекторы;
	11. лекарственные средства, не разрешенные к применению в Республике Казахстан в порядке, предусмотренном законодательством, а также оплата медицинских расходов, связанных с лечением осложнений, вызванных применением таких средств, если Исполнитель докажет, что осложнения связаны с их применением.
18. Патронаж детей до 1 года.

**20. Порядок платного прикрепления членов семьи**

**Заявление на прикрепление платного члена семьи (далее - Заявка)**

**по программе страхования**

**в рамках Договора медицинского страхования на случай болезни работников**

**от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_г. №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**г.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г.**

1. **Застрахованный**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (№ карты) прошу прикрепить, в порядке и на условиях Программы страхования, нижеуказанного члена моей семьи:

**Данные члена семьи Застрахованного прикрепляемого на платной основе:**

|  |  |
| --- | --- |
| Программа страхования/ Номер карты | Наименование программы / Номер карты |
| Фамилия |  |
| Имя, отчество |  |
| Статус Клиента |  |
| День, месяц, год рождения |  |
| Домашний адрес, телефон |  |
| Регион обслуживания/страхования |  |
| № удостоверения личности |  |
| ИИН |  |
| ИИН Застрахованного работника |  |

1. Дополнительная страховая премия составляет \_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) тенге.
2. Дополнительная страховая премия, вносится Застрахованным работником наличным путем, непосредственно в кассу Исполнителя.
3. Период действия страховой защиты на платного члена семьи Застрахованного работника, по настоящему Заявлению, начинается не ранее 2 (двух) рабочих дней с даты подписания Заявления и оплаты страховой премии в кассу Исполнителя или с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 202\_ года и заканчивается «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 202\_\_ года.
4. Копия удостоверения личности члена семьи Застрахованного работника прилагается.
5. Настоящая Заявка является неотъемлемой частью Программы страхования, составлена в 2 (двух) экземплярах, один экземпляр Исполнителю, второй экземпляр (с отметкой о принятии) Застрахованному.

**Заказчик: Исполнитель:**