

СТАНДАРТ

Амбулаторно-поликлиническая страховая медицинская программа для взрослых
АВ

Страхователь: ОАО «ДОРОРС»

Срок страхования 1 год.

Страховая сумма на 1 Застрахованное лицо (сотрудник) – 12 459,00 бел.рублей,

в том числе по:

АВ (амбулаторно-поликлинической программе) – 12 459,00 бел.рублей,

Количество Застрахованных лиц по настоящей программе – 23 человека.

Страховая премия на 1 застрахованное лицо – 380,00 бел.рублей.

Страховая сумма на 1 Застрахованное лицо (родственник) – 14 121,62 бел.рублей,

в том числе по:

АВ (амбулаторно-поликлинической программе) – 14 121,62 бел.рублей,

Количество Застрахованных лиц по настоящей программе – 2 человека.

Страховая премия на 1 застрахованное лицо – 418,00 бел.рублей.

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: С7*

	Название организации здравоохранения	Адрес
1.	ОДО «Медицинский центр «Кравира»	Минск, ул. Скрипникова, д. 116, пр-т Победителей, д. 45
2.	ООО «Клиника «Мерси»	Минск, ул. Игнатенко, д. 8, каб. 5
3.	ООО «Здоровое решение» МЦ Эксана	Минск, ул. Надеждинская, д. 2, комн. 4
4.	ККСУП «Аква-Минск»	Минск, пр-т Рокоссовского, д. 44
5.	ООО «Арс Валео»	Минск, ул. Герцена, д. 8, ком. 8

*- 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) по выбору застрахованного лица, а также в иных коммерческих медицинских центрах (за исключением 4-х медицинских центров: ООО «Экомедсервис-Медицинский центр», ООО «ЛОДЭ», ООО «Медицинский центр – Нордин», МЦ «Томография») на усмотрение (на выбор) Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по договорам добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры на обслуживание), в соответствии с графиком работы специалистов медучреждения.

В МЦ «Аква-Минск Клиника» (КУП «Аква-Минск») не организуются и не оплачиваются медицинские услуги, которые условиями страховой медицинской программы предусмотрены только в организациях здравоохранения государственной формы собственности (малые оперативные вмешательства, стационарное обслуживание и др.).

Не организуется предоставление медицинских услуг застрахованным лицам в организациях здравоохранения, с которыми у Белгосстраха отсутствуют действующие договоры на обслуживание (далее – Медцентры не партнёры Белгосстраха). В случае самостоятельного обращения и оплаты застрахованным лицом услуг (из доступного объема услуг данной страховой медицинской программы) в Медцентрах – не партнерах Белгосстраха (перечень частных Медцентров – не партнеров Белгосстраха размещен на официальном сайте www.bgs.by), Страховщиком производится возмещение расходов, связанных с оказанием застрахованному лицу медицинской помощи на условиях установления безусловной франшизы – размера собственного участия застрахованного лица в размере 40% от оплаченных услуг (признанных Страховщиком, как страховое событие).

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.

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

1.1.1 Проведение консилиумов и консультаций ведущих специалистов организаций здравоохранения (за исключением «высоковостребованных специалистов»*) 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.

Ограничения по консультативно-диагностическим приемам на одно Застрахованное лицо за период страхования:

- гинеколог или гинеколог-эндокринолог не более 5 (пяти) раз;
- уролог не более 5 (пяти) раз;
- вызов врача на дом (заявка до 12.00) из коммерческих центров (при наличии данной услуги в медицинском учреждении) не более 2 (двух) раз;
- прием психотерапевта (без сеансов психотерапии)-не более 2 (двух) раз.

1.1.2 Организация и оплата услуг по проведению консилиумов и консультаций ведущих специалистов организаций здравоохранения - «высоковостребованных специалистов»* по назначению лечащего врача производится застрахованным лицом самостоятельно.

Страховщиком производится возмещение данных расходов на условиях установления безусловной франшизы – размера собственного участия застрахованного лица в размере 40% от оплаченных услуг (признанных Страховщиком, как страховое событие).

*- высококовостребованный специалист – специалист (работник) организации здравоохранения стоимость первичной консультации которого составляет от 70 рублей и выше.

Исключение:

- диетолог, сомнолог, трихолог, гинеколог-репродуктолог, андролог, сексолог, венеролог, логопед, фonoпед, косметолог, (возможна оплата при удалении новообразований на условиях п. 1.3.1), подолог, психиатр, нарколог, гомеопат, врачи народной и нетрадиционной медицины, экстрасенс (биоэнергетик, целитель), врач спортивной медицины мануальный терапевт (рекомендации данных врачей не рассматриваются, назначенные медицинские услуги оплате не подлежат);
- стоматолог-ортодонт, стоматолог-ортопед, стоматолог-имплантолог, гнатолог(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;
- 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: клинические, биохимические, бактериологические, серологические (диагностика вирусных, паразитарных и бактериальных заболеваний), копрологические, гормональные, цитологические, иммунологические (общие, маркеры аутоиммунных заболеваний, иммуногистохимические исследования), аллергологические, гистологические, ПЦР, ИФА, РИФ диагностика, гастропанель после ФГДС при наличии атрофического гастрита, дыхательные тесты, исследование соскобов кожи, онкомаркеры.

Лабораторные исследования не предусматривают забор материала на дому.

Ограничения по лабораторной диагностике на одно Застрахованное лицо за период страхования:

- обследование на ЗППП методом ПЦР (качеств.), ИФА (качеств. или колич., полуколич. показатели) не более 5 (пяти) показателей: ВПЧ ВКР, ВПГ 1 и 2 тип, хламидия трахоматис, микоплазма гениталиум;
- бакпосев из урогенитального тракта не более 2 (двух) исследований;
- исследование гормонов не более 10 (десяти) показателей;
- жидкостная цитология не более 1 (одного) раза.
- не более 2 аллергопанелей или 10 специфических Ig за год страхования;
- витамин D не более 1 (одного) раза;

- **тестирование на коронавирусную инфекцию не более 2 (двух) исследований в совокупности:** ПЦР (назофарингеальный мазок, качеств.), антиген в назофарингеальных мазках (экспресс-тест), IgM, IgG (кровь, качеств.).

Исключение: антимюллеров гормон, глобулин, связывающий половые гормоны (секс-гормон), гормональный мониторинг овуляции, ХГЧ у женщин, пакеты «ФиброМакс» и «ФиброТест», титрование и количественное определение ДНК ВПЧ, Фемофлор, Андрофлор, Квант 21, посев на среду МакКоя, генная диагностика, спермограмма, диагностика токсоплазмоза, краснухи, цитомегаловируса, молекулярная аллергодиагностика (аллергочип, Фадитон, определение специфических IgE к компонентам (молекулам), в т.ч. метод ImmunoCAP), тест PanTum Detect.

1.2.2 Функциональные, в т.ч.: электрокардиограмма (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД, спирометрия (ФВД, функция внешнего дыхания), велоэргометрия (ВЭМ), нагрузочные пробы, тредмил-тест, реовазография (РВГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЕГ), электромиография (ЭМГ), электронейрография (ЭНГ), электронейромиография (ЭНМГ).

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

1.2.3 Ультразвуковая диагностика на аппаратах последнего поколения без ограничений, в т.ч. УЗИ органов малого таза не более 3 (трех) раз. *Может проводиться без направления врача при наличии ранее установленного заболевания на усмотрение Страховщика.*

Исключение: стресс Эхо-КГ, УЗ-мониторинг овуляции, исследования на аппарате Фиброскан, 3D УЗИ.

1.2.4 Рентгенологические исследования (в т.ч. маммография, контрастные рентгенологические исследования).

1.2.5 Радиоизотопные (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) 1 (один) раз за период страхования и **магнитно-резонансная томография³ (МРТ)** 1 (один) раз за период страхования 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.*

Исключение: ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография).

1.2.7 Эндоскопические (без общей анестезии, без седации и без подготовки к ним) **не более 2 (двух) исследований в совокупности за период страхования, в том числе:** 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, anosкопия.

Исключение: вестибулярные пробы (лечебные маневры).

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: ФБЮЖН БИОПСИЯ

1.3 ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ, ОПЕРАЦИИ И МАНИПУЛЯЦИИ по медицинским показаниям.

1.3.1 Малые оперативные вмешательства (при проведении вмешательства под седацией (наркозом), общей анестезией расходы на подготовку к седации (наркозу), общей анестезии, а так же само анестезиологическое пособие не подлежат оплате страховщиком), возможно применение лазера, организуются и оплачиваются в организациях здравоохранения государственной формы собственности, если иное не оговорено страховой программой:

- первичная хирургическая обработка ран, наложение и снятие швов, хирургические перевязки;
- удаление инородных тел из мягких тканей, вскрытие небольших поверхностных абсцессов;
- малоинвазивные вмешательства при заболеваниях анального канала и параректальной области;
- хирургические операции по поводу вросшего ногтя;
- лазерная коагуляция сетчатки по медицинским показаниям, лазерная трабекулопластика и иридотомия при глаукоме;
- парацентез, трахеотомия по экстренным показаниям, полипотомия полости носа;
- гинекологические вмешательства (организация данных услуг, а также послеоперационное наблюдение и лечение, возможны в том числе и в коммерческих медицинских центрах): конизация, эксцизия, коагуляция (вапоризация) шейки матки, радиоволновая пунктура шейки матки; удаление внутриматочной спирали (при кровотечении, эндометрите); выскабливание цервикального канала (эндоцервикальный кюретаж);
- секторальная резекция молочной железы, удаление фиброаденомы молочной железы;
- удаление холястиона;
- удаление гигромы;
- удаление новообразований кожи и подкожной клетчатки (папиллом, бородавок, невусов, контагиозных моллюсков, атером, дерматофибром, липом, кератом) и папиллом полости рта не более 2-ух образований за период страхования (удаление может проводиться специалистом дерматокосметологом (косметологом), консультация дерматокосметолога (косметолога) может быть оплачена, только если она проводилась в государственной организации здравоохранения и в день удаления новообразований).

Исключение: иные оперативные вмешательства, в т.ч. склеротерапия вен, КЛакС терапия, минифлебэктомия, ЭВЛК (эндовенозная лазерная коагуляция); операции по лечению храпа; радиочастотная абляция (РЧА) и криоабляция; кросслинкинг; гистероскопия (в т.ч. удаление полипов тела матки и шейки матки); вакуумная биопсия молочных желез; удаление и лечение рубцов; коагуляция сосудов полости носа, вмешательства по поводу фимоза.

1.3.2 Лечебные процедуры и манипуляции, том числе:

- промывание лакун миндалин не более 5 (пяти) процедур в совокупности за период страхования;
- вакуумный дренаж околоносовых пазух по Зондерману и Проетцу;
- пункция верхнечелюстных, лобных пазух; вскрытие паратонзиллярного абсцесса;
- удаление серных пробок;
- внутригортанные заливки;
- удаление поверхностных инородных тел из глаз;
- внутримышечные, внутривенные струйные, подкожные, интравитреальные инъекции;
- лечебно-диагностические пункции;
- иное введение лекарственных препаратов, в т.ч. внутрисуставные, параартикулярные, паравертебральные блокады без стоимости лекарственных препаратов (если иное не оговорено страховой медицинской программой) не более 10(десяти) процедур в совокупности за период страхования;
- массаж простаты с лечебной целью не более 10 (десяти) раз за период страхования;
- наложение и снятие гипсовой повязки, лонгеты.

Исключение: внутривенные капельные вливания, внутриматочное введение лекарственных средств, метод ультразвуковой кавитации, СО2 лазер.

1.4 ИММУНИЗАЦИЯ:

1.4.1 Экстренная профилактическая вакцинация **противостолбнячным** анатоксином по медицинским показаниям.

1.4.2 Профилактическая вакцинация **против гриппа** по эпидемиологическим показаниям импортной вакциной 1 (один) раз за период страхования.

Возможно проведение вакцинации по письменной заявке и списку Застрахованных лиц с выездом специализированной бригады медицинского персонала в офис Страхователя в предварительно согласованное со Страхователем время (выезд осуществляется при количестве вакцинируемых лиц не менее 10 человек).

Вакцинация проводится в организации здравоохранения государственной формы собственности на выбор Страховщика.

Страховщик не производит компенсацию расходов, связанных с вакцинацией сотрудников Страхователя по договорам, заключенным между Страхователем и учреждением здравоохранения.

Исключение: аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ).

1.5 ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ организуется и оплачивается в организациях здравоохранения **государственной формы собственности** в амбулаторно-поликлинических условиях согласно назначению лечащего врача:

1.5.1 не более 10 процедур по каждому виду воздействия: электролечение, светолечение (кроме фотолечения в косметологии и дерматологии), теплолечение: парафиновые аппликации, озокеритовые аппликации, магнитотерапия, лазеротерапия, магнитолазеротерапия (кроме высокоинтенсивной, импульсной), микроволновая терапия;

1.5.2 не более 10 процедур за весь период страхования (в совокупности): электростатический вибромассаж (вибротерапия), ультразвуковая терапия, ударно-волновая терапия; ингаляции; ЛФК в группе (кроме бассейна и ЛФК в бассейне), механотерапия; бальнеолечение (кроме гидромассажных ванн (вихревых, джакузи), ванн с пантогематогеном), грязелечение (сапропелевые грязи), спелеолечение, пневмокомпрессионная терапия (лимфомат, ЛимфаВижин); классическая (корпоральная и аурикулярная) иглорефлексотерапия; тренировки аккомодационного аппарата глаза, а также световая стимуляция зрительного анализатора аппаратными методами.

1.5.3 массаж один из видов (подводный душ-массаж, лечебный ручной массаж, механический аппаратный массаж, в т.ч. сухой аквамассаж) **не более 10 сеансов за весь период страхования без ограничения зон** (кроме общего массажа) одним курсом в течение 30 календарных дней (один сеанс массажа может состоять из нескольких последовательных процедур, следующих друг за другом без перерыва по времени).

1.6 ЭКСТРЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ организуется и оплачивается в организациях здравоохранения государственной формы собственности **не более 1 (одного) раза за период страхования при острых пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите:** стоматологические услуги, связанные со снятием острой зубной боли (осмотр и консультация стоматолога, вскрытие полости зуба, вскрытие абсцесса, вскрытие флегмоны, экстирпация пульпы, эвакуация содержимого каналов и их медобработка, наложение временной пломбы, удаление зуба, периостотомия, иссечение "капюшона", первичная хирургическая обработка раны, антисептическая и противовоспалительная обработка, наложение швов, дентальная рентгендиагностика (КТ - в рамках объема медицинских услуг, предусмотренного данной страховой программой), анестезия инъекционная и местная аппликационная).

Исключение: витальная экстирпация пульпы; лечебная внутриканальная повязка; измерение длины каналов; инструментальная обработка каналов; медикаментозная обработка каналов (с целью расширения и формирования каналов) и дезинфицирующей и очищающей обработки корневых каналов; пломбирование каналов и расходные материалы, связанные с перечисленными услугами.

1.7 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 ногтевых 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, дермоидная киста (тератома);
- 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.

1.8 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).

1.9 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 прямо 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 инвалидности Застрахованному лицу;

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, генной 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, за исключением случаев оказания экстренной стоматологической помощи при острых: пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите (экстренная стоматологическая помощь не подразумевает постановку пломб, пломбирование каналов, лечение по методике витальной экстирпации, физиотерапевтические процедуры), 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 (если иное прямо не оговорено данной страховой программой): 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, ВЛЮК, гипноз, лечение по методам Суханова, Семеновой, карбокситерапия, ТЭС-терапия, тейпирование и др.;
- 3.25 обследованием и лечением, которое является экспериментальным или исследовательским;
- 3.26 мониторинг очисткой 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, септопластикой², 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 и оперативному вмешательству в условиях стационара;
- 3.35 оказанием медицинских услуг, не предусмотренных объемом медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках страховой медицинской программы;
- 3.36 психотерапевтическим лечением.

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 ЗАО «Ваш Ассистанс» (Данные могут быть изменены):

+375 17 388 95 15 (многоканальный)

+375 29 841 21 81 (МТС)

+375 44 711 56 96 (А1)

+375 25 602 33 76 (Life)

+ 375 29 331 95 01 (А1 Viber)

Чат-бот Ваш Ассистанс @Your_Assistance_Bot

Режим работы контакт-центра ЗАО «Ваш Ассистанс»: Пн.-Вс. с 8-00 до 20-00.

В нерабочее время по экстренным заявкам прием звонков по указанным номерам телефонов осуществляется круглосуточно (подразумевается прием звонков по неотложной помощи и заявок на случай отсутствия направления в медицинском учреждении).

При оформлении заявки по электронной почте dms_bgs@yourassistance.by необходимо указывать свои личные данные: ФИО, номер контактного телефона, номер полиса, изложить ситуацию, указать удобную дату и время посещения медицинского учреждения.

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.

5.11 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.

5.12 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).

¹- Под 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.

²- По медицинским показаниям (при выраженном нарушении функции дыхания) по заявлению застрахованного лица септопластика может быть оплачена в государственных организациях здравоохранения в рамках объема медицинских услуг, предусмотренного страховой медицинской программой (застрахованное лицо оплачивает услугу самостоятельно и обращается в Белгосстрах с заявлением о компенсации).

³- Проведение выскопольного МРТ (3 Тесла) при наличии обоснованных медицинских показаний в случае недостаточности детализированных данных для постановки точного диагноза.

Представитель Страховщика

Страхователь

М.П.

СТАНДАРТ

**Амбулаторно-поликлиническая страховая медицинская программа для взрослых
АВ**

Страхователь: ОАО «ДОРОС»
Срок страхования 1 год.

Страховая сумма на 1 Застрахованное лицо (сотрудник) – 15 202,70 бел.рублей,
в том числе по:
АВ (амбулаторно-поликлинической программе) – 15 202,70 бел.рублей,

Количество Застрахованных лиц по настоящей программе – 102 человека.
Страховая премия на 1 застрахованное лицо – 450,00 бел.рублей.

Страховая сумма на 1 Застрахованное лицо (родственник) – 17 068,97 бел.рублей,
в том числе по:
АВ (амбулаторно-поликлинической программе) – 17 068,97 бел.рублей,

Количество Застрахованных лиц по настоящей программе – 16 человек.
Страховая премия на 1 застрахованное лицо – 495,00 бел.рублей.

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: «D7*»**

	Название организации здравоохранения	Адрес
1.	ООО «ЛОДЭ»	Минск, ул. Гикало, д. 1
2.	ККСУП «Аква-Минск» Минск	Минск, пр-т Рокоссовского, д. 44
3.	ООО «ЭкоМедСервис-Медицинский центр»	Минск, ул. Толстого, д. 4
4.	ОДО «Медицинский центр «Кравира»	Минск, ул. Скрипникова, д. 116, пр-т Победителей, д. 45
5.	ООО «Клиника «Мерси»	Минск, ул. Игнатенко, д. 8, каб. 5
	** - 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) по выбору застрахованного лица, а также в иных коммерческих медицинских центрах (за исключением ООО «Медицинский центр Нордин», МЦ «Томография») на усмотрение (на выбор) Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по договорам добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры на обслуживание), в соответствии с графиком работы специалистов медучреждения.

В МЦ «Аква-Минск Клиника» (КУП «Аква-Минск») не организуются и не оплачиваются медицинские услуги, которые условиями страховой медицинской программы предусмотрены только в организациях здравоохранения государственной формы собственности (малые оперативные вмешательства, стационарное обслуживание и др.).

Не организуется предоставление медицинских услуг застрахованным лицам в организациях здравоохранения, с которыми у Белгосстраха отсутствуют действующие договоры на обслуживание (далее – Медцентры не партнёры Белгосстраха). В случае самостоятельного обращения и оплаты застрахованным лицом услуг (из доступного объема услуг данной страховой медицинской программы) в Медцентрах – не партнерах Белгосстраха (перечень частных Медцентров – не партнеров Белгосстраха размещен на официальном сайте www.bgs.by), Страховщиком производится возмещение расходов, связанных с оказанием застрахованному лицу медицинской помощи на условиях установления безусловной франшизы – размера собственного участия застрахованного лица в размере 40% от оплаченных услуг (признанных Страховщиком, как страховое событие).

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.

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

1.1.1 Проведение консилиумов и консультаций ведущих специалистов организаций здравоохранения (за исключением «высоковостребованных специалистов»*) 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.

Ограничения по консультативно-диагностическим приемам на одно Застрахованное лицо за период страхования:

- гинеколог или гинеколог-эндокринолог не более 5 (пяти) раз;
- уролог не более 5 (пяти) раз;
- вызов врача на дом (заявка до 12.00) из коммерческих центров (при наличии данной услуги в медицинском учреждении) не более 2 (двух) раз;
- прием психотерапевта (без сеансов психотерапии) – не более 2 (двух) раз.

1.1.2 Организация и оплата услуг по проведению консилиумов и консультаций ведущих специалистов организаций здравоохранения - «высоковостребованных специалистов»* по назначению лечащего врача производится застрахованным лицом самостоятельно.

Страховщиком производится возмещение данных расходов на условиях установления безусловной франшизы – размера собственного участия застрахованного лица в размере 40% от оплаченных услуг (признанных Страховщиком, как страховое событие).

*- высоковостребованный специалист – специалист (работник) организации здравоохранения стоимость первичной консультации которого составляет от 70 рублей и выше.

Исключение:

- диетолог, сомнолог, трихолог, гинеколог-репродуктолог, андролог, сексолог, венеролог, логопед, фонопед, косметолог, (возможна оплата при удалении новообразований на условиях п. 1.3.1), подолог, психиатр, нарколог, гомеопат, врачи народной и нетрадиционной медицины, экстрасенс (биоэнергетик, целитель), врач спортивной медицины мануальный терапевт (рекомендации данных врачей не рассматриваются, назначенные медицинские услуги оплате не подлежат);
- стоматолог-ортодонт, стоматолог-ортопед, стоматолог-имплантолог, гнатолог (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;
- 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:** клинические, биохимические, бактериологические, серологические (диагностика вирусных, паразитарных и бактериальных заболеваний), копрологические, гормональные, цитологические, иммунологические (общие, маркеры аутоиммунных заболеваний, иммуногистохимические исследования), аллергологические, гистологические, ПЦР, ИФА, РИФ диагностика, гастропанель после ФГДС при наличии атрофического гастрита, дыхательные тесты, исследование соскобов кожи, онкомаркеры.

Лабораторные исследования не предусматривают забор материала на дому.

Ограничения по лабораторной диагностике на одно Застрахованное лицо за период страхования:

- обследование на ЗППП методом ПЦР (качеств.), ИФА (качеств. или колич., полуколич. показатели) не более 5 (пяти) показателей: ВПЧ ВКР, ВПГ 1 и 2 тип, хламидия трахоматис, микопlasма гениталиум;
- бакпосев из урогенитального тракта не более 2 (двух) исследований;
- исследование гормонов не более 10 (десяти) показателей;
- жидкостная цитология не более 1 (одного) раза;
- не более 2 аллергопанелей или 10 специфических Ig за год страхования;
- витамин D не более 1 (одного) раза;

- тестирование на коронавирусную инфекцию не более 2 (двух) исследований в совокупности: ПЦР (назофарингеальный мазок, качеств.), антиген в назофарингеальных мазках (экспресс-тест), IgM, IgG (кровь, качеств.).

Исключение: антимюллеров гормон, глобулин, связывающий половые гормоны (секс-гормон), гормональный мониторинг овуляции, ХГЧ у женщин, пакеты «ФиброМакс» и «ФиброТест», титрование и количественное определение ДНК ВПЧ, Фемофлор, Андрофлор, Квант 21, посев на среду МакКоя, генная диагностика, спермограмма, диагностика токсоплазма, краснухи, цитомегаловируса, молекулярная аллергодиагностика (аллергочип, Фадиотоп, определение специфических IgE к компонентам (молекулам), в т.ч. метод ImmunoCAP), тест PanTum Detect.

1.2.2 Функциональные, в т.ч.: электрокардиограмма (ЭКГ), 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).

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

1.2.3 Ультразвуковая диагностика на аппаратах последнего поколения без ограничений, в т.ч. УЗИ органов малого таза не более 3 (трех) раз. *Может проводиться без направления врача при наличии ранее установленного заболевания на усмотрение Страховщика.*

Исключение: стресс Эхо-КГ, УЗ-мониторинг овуляции, исследования на аппарате Фиброскан, 3D УЗИ.

1.2.4 Рентгенологические исследования (в т.ч. маммография, контрастные рентгенологические исследования).

1.2.5 Радиоизотопные (радионуклидные) диагностические исследования (в т.ч. скintiграфия, 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) 1 (один) раз за период страхования и **магнитно-резонансная томография³ (МРТ)** 1 (один) раз за период страхования 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.*

Исключение: ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография).

1.2.7 Эндоскопические (без общей анестезии, без седации и без подготовки к ним) **не более 2 (двух) исследований в совокупности за период страхования, в том числе:** 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, anosкопия.

Исключение: вестибулярные пробы (лечебные маневры).

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: ФБЮЖН БИОПСИЯ

1.3 ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ, ОПЕРАЦИИ И МАНИПУЛЯЦИИ по медицинским показаниям.

1.3.1 Малые оперативные вмешательства (при проведении вмешательства под седацией (наркозом), общей анестезией расходы на подготовку к седации (наркозу), общей анестезии, а так же само анестезиологическое пособие не подлежит оплате страховщиком), возможно применение лазера, организуются и оплачиваются в организациях здравоохранения **государственной формы собственности**, если иное не оговорено страховой программой:

- первичная хирургическая обработка ран, наложение и снятие швов, хирургические перевязки;
- удаление инородных тел из мягких тканей, вскрытие небольших поверхностных абсцессов;
- малоинвазивные вмешательства при заболеваниях анального канала и параректальной области;
- хирургические операции по поводу вросшего ногтя;
- лазерная коагуляция сетчатки по медицинским показаниям, лазерная трабекулопластика и иридотомия при глаукоме;
- парацентез, трахеотомия по экстренным показаниям, полипотомия полости носа;
- гинекологические вмешательства (организация данных услуг, а также послеоперационное наблюдение и лечение, возможны в том числе и в коммерческих медицинских центрах): конизация, эксцизия, коагуляция (вапоризация) шейки матки, радиоволновая пунктура шейки матки; удаление внутриматочной спирали (при кровотечении, эндометрите); выскабливание цервикального канала (эндоцервикальный кюретаж);
- секторальная резекция молочной железы, удаление фиброаденомы молочной железы;
- удаление холязиона;
- удаление гипомы;
- удаление новообразований кожи и подкожной клетчатки (папиллом, бородавок, невусов, контактиозных моллюсков, атером, дерматофибром, липом, кератом) и папиллом полости рта не более 2-ух образований за период страхования (удаление может проводиться специалистом дерматокосметологом (косметологом), консультация дерматокосметолога (косметолога) может быть оплачена, только если она проводилась в государственной организации здравоохранения ив день удаления новообразований).

Исключение: иные оперативные вмешательства, в т.ч. склеротерапия вен, КЛАС терапия, минифлебэктомия, ЭВЛК (эндовенозная лазерная коагуляция); операции по лечению храпа; радиочастотная абляция (РЧА) и криоабляция; кросслинкинг; гистероскопия (в т.ч. удаление полипов тела матки и шейки матки); вакуумная биопсия молочных желез; удаление и лечение рубцов; коагуляция сосудов полости носа, вмешательства по поводу фимоза.

1.3.2 Лечебные процедуры и манипуляции, том числе:

- промывание лакун миндалин не более 5 (пяти) процедур в совокупности за период страхования;
- вакуумный дренаж околоносовых пазух по Зондерману и Проетцу;
- пункция верхнечелюстных, лобных пазух; вскрытие паратонзиллярного абсцесса;
- удаление серных пробок;
- внутригортанные заливки;
- удаление поверхностных инородных тел из глаз;
- внутримышечные, внутривенные струйные, подкожные, интравитреальные инъекции;
- лечебно-диагностические пункции;
- иное введение лекарственных препаратов, в т.ч. внутрисуставные, параартикулярные, паравerteбральные блокады без стоимости лекарственных препаратов (если иное не оговорено страховой медицинской программой) не более 10(десяти) процедур в совокупности за период страхования;
- массаж простаты с лечебной целью не более 10 (десяти) раз за период страхования;
- наложение и снятие гипсовой повязки, лонгеты.

Исключение: внутривенные капельные вливания, внутриматочное введение лекарственных средств, метод ультразвуковой кавитации, СО2 лазер.

1.4 ИММУНИЗАЦИЯ:

1.4.1 Экстренная профилактическая вакцинация **противостолбнячным** анатоксином по медицинским показаниям.

1.4.2 Профилактическая вакцинация **против гриппа** по эпидемиологическим показаниям импортной вакциной 1 (один) раз за период страхования.

Возможно проведение вакцинации по письменной заявке и списку Застрахованных лиц с выездом специализированной бригады медицинского персонала в офис Страхователя в предварительно согласованное со Страхователем время (выезд осуществляется при количестве вакцинируемых лиц не менее 10 человек).

Вакцинация проводится в организации здравоохранения государственной формы собственности на выбор Страховщика.

Страховщик не производит компенсацию расходов, связанных с вакцинацией сотрудников Страхователя по договорам, заключенным между Страхователем и учреждением здравоохранения.

Исключение: аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ).

1.5 ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ организуется и оплачивается в организациях здравоохранения **государственной формы собственности** в амбулаторно-поликлинических условиях согласно назначению лечащего врача:

1.5.1 не более 10 процедур по каждому виду воздействия: электролечение, светолечение (кроме фотолечения в косметологии и дерматологии), теплотечение: парафиновые аппликации, озокеритовые аппликации, магнитотерапия, лазеротерапия, магнитолазеротерапия (кроме высокоинтенсивной, импульсной), микроволновая терапия;

1.5.2 не более 10 процедур за весь период страхования (в совокупности): электростатический вибромассаж (вибротерапия), ультразвуковая терапия, ударно-волновая терапия; ингаляции; ЛФК в группе (кроме бассейна и ЛФК в бассейне), механотерапия; бальнеолечение (кроме гидромассажных ванн (вихревых, джакузи), ванн с пантогематогеном), грязелечение (сапропелевые грязи), спелеолечение, пневмокомпрессионная терапия (лимфомат, ЛимфаВижин); классическая (корпоральная и аурикулярная) иглорефлексотерапия; тренировки аккомодационного аппарата глаза, а также световая стимуляция зрительного анализатора аппаратными методами.

1.5.3 массаж один из видов (подводный душ-массаж, лечебный ручной массаж, механический аппаратный массаж, в т.ч. сухой аквамассаж) **не более 10 сеансов за весь период страхования без ограничения зон** (кроме общего массажа) одним курсом в течение 30 календарных дней (один сеанс массажа может состоять из нескольких последовательных процедур, следующих друг за другом без перерыва по времени).

1.6 ЭКСТРЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ организуется и оплачивается в организациях здравоохранения государственной формы собственности **не более 1 (одного) раза за период страхования при острых пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите:** стоматологические услуги, связанные со снятием острой зубной боли (осмотр и консультация стоматолога, вскрытие полости зуба, вскрытие абсцесса, вскрытие флегмоны, экстирпация пульпы, эвакуация содержимого каналов и их медобработка, наложение временной пломбы, удаление зуба, периостотомия, иссечение "капюшона", первичная хирургическая обработка раны, антисептическая и противовоспалительная обработка, наложение швов, дентальная рентгенодиагностика (КТ - в рамках объема медицинских услуг, предусмотренного данной страховой программой), анестезия инъекционная и местная аппликационная).

Исключение: витальная экстирпация пульпы; лечебная внутриканальная повязка; измерение длины каналов; инструментальная обработка каналов; медикаментозная обработка каналов (с целью расширения и формирования каналов) и дезинфицирующей и очищающей обработки корневых каналов; пломбирование каналов и расходные материалы, связанные с перечисленными услугами.

1.7 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, дермоидная киста (тератома);
- 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.

1.8 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).

1.9 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 прямо 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 (М30-М36 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 инвалидности Застрахованному лицу;

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 манипуляциями 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, за исключением случаев оказания экстренной стоматологической помощи при острых: пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите (экстренная стоматологическая помощь не подразумевает постановку пломб, пломбирование каналов, лечение по методике витальной экстирпации, физиотерапевтические процедуры), 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 (если иное прямо не оговорено данной страховой программой): 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 мониторинг очисткой 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, септопластикой², 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 и оперативному вмешательству в условиях стационара;
- 3.35 оказанием медицинских услуг, не предусмотренных объемом медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках страховой медицинской программы;
- 3.36 психотерапевтическим лечением.

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 ЗАО «Ваш Ассистанс» (Данные могут быть изменены):

+375 17 388 95 15 (многоканальный)

+375 29 841 21 81 (МТС)

+375 44 711 56 96 (А1)

+375 25 602 33 76 (Life)

+ 375 29 331 95 01 (А1 Viber)

Чат-бот Ваш Ассистанс @Your_Assistance_Bot

Режим работы контакт-центра ЗАО «Ваш Ассистанс»: Пн.-Вс. с 8-00 до 20-00.

В нерабочее время по экстренным заявкам прием звонков по указанным номерам телефонов осуществляется круглосуточно (подразумевается прием звонков по неотложной помощи и заявок на случай отсутствия направления в медицинском учреждении).

При оформлении заявки по электронной почте dms_bgs@yourassistance.by необходимо указывать свои личные данные: ФИО, номер контактного телефона, номер полиса, изложить ситуацию, указать удобную дату и время посещения медицинского учреждения.

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.

5.11 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.

5.12 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).

¹ Под 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.

² По медицинским показаниям (при выраженном нарушении функции дыхания) по заявлению застрахованного лица септопластика может быть оплачена в государственных организациях здравоохранения в рамках объема медицинских услуг, предусмотренного страховой медицинской программой (застрахованное лицо оплачивает услугу самостоятельно и обращается в Белгосстрах с заявлением о компенсации).

³ Проведение высокопольного МРТ (3 Тесла) при наличии обоснованных медицинских показаний в случае недостаточности детализированных данных для постановки точного диагноза.

Представитель Страховщика

Страхователь

М.П.

М.П.

СТАНДАРТ
Амбулаторно-поликлиническая страховая медицинская программа для детей
АД

Страхователь: ОАО «ДОРОРС»
Срок страхования 1 год.

Страховая сумма на 1 Застрахованное лицо (ребенок в возрасте от 7 лет) – 12 531,65 бел.рублей,
в том числе по:
АД (амбулаторно-поликлинической программе) – 12 531,65 бел.рублей,

Количество Застрахованных лиц по настоящей программе – 5 человек.
Страховая премия на 1 застрахованное лицо – 450,00 бел.рублей.

Страховая сумма на 1 Застрахованное лицо (ребенок в возрасте от 1 месяца до 6 лет включительно) – 15 314,14 бел.рублей,
в том числе по:
АД (амбулаторно-поликлинической программе) – 15 314,14 бел.рублей,

Количество Застрахованных лиц по настоящей программе – 1 человек.
Страховая премия на 1 застрахованное лицо – 585,00 бел.рублей.

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: «D7*»**

	Название организации здравоохранения	Адрес
1.	ООО «ЛОДЭ»	Минск, ул. Гикало, д. 1
2.	ККСУП «Аква-Минск» Минск	Минск, пр-т Рокоссовского, д. 44
3.	ООО «ЭкоМедСервис-Медицинский центр»	Минск, ул. Толстого, д. 4
4.	ОДО «Медицинский центр «Кравира»	Минск, ул. Скрипникова, д. 11б, пр-т Победителей, д. 45
5.	ООО «Клиника «Мерси»	Минск, ул. Игнатенко, д. 8, каб. 5
	** - 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) по выбору застрахованного лица, а также в иных коммерческих медицинских центрах (за исключением ООО «Медицинский центр Нордин», МЦ «Томография») на усмотрение (на выбор) Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по договорам добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры на обслуживание), в соответствии с графиком работы специалистов медучреждения.

В МЦ «Аква-Минск Клиника» (КУП «Аква-Минск») не организуются и не оплачиваются медицинские услуги, которые условиями страховой медицинской программы предусмотрены только в организациях здравоохранения государственной формы собственности (малые оперативные вмешательства, стационарное обслуживание и др.).

Не организуется предоставление медицинских услуг застрахованным лицам в организациях здравоохранения, с которыми у Белгосстраха отсутствуют действующие договоры на обслуживание (далее – Медцентры не партнёры Белгосстраха). В случае самостоятельного обращения и оплаты застрахованным лицом услуг (из доступного объема услуг данной страховой медицинской программы) в Медцентрах – не партнерах Белгосстраха (перечень частных Медцентров – не партнеров Белгосстраха размещен на официальном сайте www.bgs.by), Страховщиком производится возмещение расходов, связанных с оказанием застрахованному лицу медицинской помощи на условиях установления безусловной франшизы – размера собственного участия застрахованного лица в размере 40% от оплаченных услуг (признанных Страховщиком, как страховое событие).

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.

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

1.1.1 Проведение консилиумов и консультаций ведущих специалистов организаций здравоохранения (за исключением «высоковостребованных специалистов»*) 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.

Медицинский осмотр с целью диагностирования бессимптомных патологий согласно возрасту ребенка в соответствии с Постановлением Минздрава РБ от РБ от 30.08.2023 №125.

Ограничения по консультативно-диагностическим приемам на одно Застрахованное лицо за период страхования:

- вызов врача на дом (заявка до 12.00) из коммерческих центров (при наличии данной услуги в медицинском учреждении) не более 3 (трех) раз;
- прием психотерапевта (без сеансов психотерапии) не более 2 (двух) раз.

1.1.2 Организация и оплата услуг по проведению консилиумов и консультаций ведущих специалистов организаций здравоохранения - «высоковостребованных специалистов»* по назначению лечащего врача производится застрахованным лицом самостоятельно.

Страховщиком производится возмещение данных расходов на условиях установления безусловной франшизы – размера собственного участия застрахованного лица в размере 40% от оплаченных услуг (признанных Страховщиком, как страховое событие).

*- высоковоостребованный специалист – специалист (работник) организации здравоохранения стоимость первичной консультации которого составляет от 70 рублей и выше.

Исключение:

- диетолог, сомнолог, трихолог, гинеколог-репродуктолог, андролог, сексолог, венеролог, фонопед, косметолог (возможна оплата при удалении новообразований на условиях п. 1.3.1), подолог, психиатр, нарколог, гомеопат, врачи народной и нетрадиционной медицины, экстрасенс (биоэнергетик, целитель), мануальный терапевт, врач спортивной медицины (рекомендации данных врачей не рассматриваются, назначенные медицинские услуги оплате не подлежат);
- стоматолог-ортодонт, стоматолог-ортопед, стоматолог-имплантолог, гнатолог (рекомендации данных врачей не рассматриваются, назначенные медицинские услуги оплате не подлежат), если иное не предусмотрено данной страховой медицинской программой;
- логопед, кроме случаев приема логопеда (учителя дефектолога) в рамках медицинского осмотра с целью диагностирования бессимптомных патологий согласно возрасту ребенка в соответствии с Постановлением Минздрава РБ от РБ от 09.08.2022 №83. Рекомендации данного специалиста не рассматриваются, назначенные услуги оплате не подлежат;
- 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.
- 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:** клинические, биохимические, бактериологические, серологические (диагностика вирусных, паразитарных и бактериальных заболеваний), копрологические, гормональные, цитологические, иммунологические (общие, маркеры аутоиммунных заболеваний, иммуногистохимические исследования), аллергологические, гистологические, ПЦР, ИФА, РИФ диагностика, гастропанель после ФГДС при наличии атрофического гастрита, дыхательные тесты, исследование соскобов кожи, онкомаркеры.

Лабораторные исследования не предусматривают забор материала на дому.

Ограничения по лабораторной диагностике на одно Застрахованное лицо за период страхования:

- исследование на ЗППП методом ПЦР (качеств.), ИФА (качеств. или колич., полуколич. показатели) не более 5 (пяти) показателей: ВПЧ ВКР, ВПГ 1 и 2 тип, хламидия трахоматис, микоплазма гениталиум;
- бакпосев из урогенитального тракта не более 2 (двух) исследований;
- исследование гормонов не более 10 (десяти) показателей;

- жидкостная цитология не более 1 (одного) раза;
- не более 2 аллергопанелей или 10 специфических Ig за год страхования;
- витамин D не более 1 (одного) раза;
- тестирование на коронавирусную инфекцию не более 2 (двух) исследований в совокупности: ПЦР (назофарингеальный мазок, качеств.), антиген в назофарингеальных мазках (экспресс-тест), IgM, IgG (кровь, качеств.).

Исключение: антимюллеров гормон, глобулин, связывающий половые гормоны (секс-гормон), гормональный мониторинг овуляции, ХГЧ у женщин, пакеты «ФиброМакс» и «ФиброТест», титрование и количественное определение ДНК ВПЧ, Фемофлор, Андрофлор, Квант 21, посев на среду МакКоя, генная диагностика, спермограмма, диагностика токсоплазмоза, краснухи, цитомегаловируса, молекулярная алергодиагностика (аллергочип, Фадиотоп, определение специфических IgE к компонентам (молекулам)), в т.ч. метод ImmunoCAP, тест PanTum Detect.

1.2.2 **Функциональные, в т.ч.:** электрокардиограмма (ЭКГ), 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).

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 3 (трех) исследований за период страхования. УЗИ парных суставов считается, как 1 (одно) исследование. УЗИ глаза (эхоскопия, эхобиометрия) без ограничений. *Может проводиться без направления врача при наличии ранее установленного заболевания на усмотрение Страховщика.*

Исключение: стресс Эхо-КГ, УЗ-мониторинг овуляции, исследования на аппарате Фиброскан, 3D УЗИ.

1.2.4 **Рентгенологические исследования** (в т.ч. маммография, контрастные рентгенологические исследования).

1.2.5 **Радиоизотопные (радионуклидные) диагностические исследования** (в т.ч. скintiграфия, 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) 1 (один) раз за период страхования и **магнитно-резонансная томография³ (МРТ)** 1 (один) раз за период страхования 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.*

Исключение: ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография).

1.2.7 **Эндоскопические** (без общей анестезии, без седации без подготовки к ним) **не более 2 (двух) исследований в совокупности за период страхования, в том числе:** 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, anosкопия.

Исключение: вестибулярные пробы (лечебные маневры)

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: ФБЮЖН БИОПСИЯ

1.3 **ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ, ОПЕРАЦИИ И МАНИПУЛЯЦИИ по медицинским показаниям.**

1.3.1 **Малые оперативные вмешательства (вмешательства)** (при проведении вмешательства под седацией (наркозом), общей анестезией расходы на подготовку к седации (наркозу), общей анестезии, а так же само анестезиологическое пособие не подлежат оплате страховщиком), возможно применение лазера, организуются и оплачиваются в организациях здравоохранения государственной формы собственности, если иное не оговорено страховой программой):

- первичная хирургическая обработка ран, наложение и снятие швов, хирургические перевязки;
- удаление инородных тел из мягких тканей, вскрытие небольших поверхностных абсцессов;
- гинекологические вмешательства (организация данных услуг, а также послеоперационное наблюдение и лечение, возможны в том числе и в коммерческих медицинских центрах): конизация, эксцизия, коагуляция (вапоризация) шейки матки, радиоволновая пунктура шейки матки; удаление внутриматочной спирали по (при кровотечении, эндометрите); выскабливание цервикального канала (эндоцервикальный кюретаж); рассечение синехий половых губ;
- малоинвазивные вмешательства при заболеваниях анального канала и параректальной области;
- хирургические операции по поводу вросшего ногтя;
- лазерная коагуляция сетчатки по медицинским показаниям, лазерная трабекулопластика и иридотомия при глаукоме;
- парацентез, трахеотомия по экстренным показаниям, полипотомия полости носа, коагуляция сосудов полости носа при рецидивирующих кровотечениях;
- удаление холязиона;
- удаление гигромы;

• удаление новообразований кожи и подкожной клетчатки (папиллом, бородавок, невусов, контагиозных моллюсков, атером, дерматофибром, липом, кератом) и папиллом полости рта не более 2-ух образований за период страхования (удаление может проводиться специалистом дерматокосметологом (косметологом), консультация дерматокосметолога (косметолога) может быть оплачена, только если она проводилась в государственной организации здравоохранения и в день удаления новообразований).

Исключение: иные оперативные вмешательства, в т.ч. оперативные вмешательства по поводу фимоза, склеротерапия вен, минифлебэктомия, КЛакС терапия, ЭВЛК (эндовенозная лазерная коагуляция), операции по лечению храпа, радиочастотная абляция (РЧА) и криоабляция, кросслинкинг, гистероскопия (в т.ч. удаление полипов тела матки и шейки матки); вакуумная биопсия молочных желез; удаление и лечение рубцов.

1.3.2 Лечебные процедуры и манипуляции, том числе:

- промывание лакун миндалин не более 5 (пяти) процедур в совокупности за период страхования;
- вакуумный дренаж околоносовых пазух по Зондерману и Проетцу;
- пункция верхнечелюстных, лобных пазух;
- вскрытие паратонзиллярного абсцесса;
- удаление серных пробок;
- внутригортанные заливки;
- удаление поверхностных инородных тел из глаз;
- внутримышечные, внутривенные струйные, подкожные, интравитреальные инъекции;
- иное введение лекарственных препаратов, в т.ч. внутрисуставные, параартикулярные, паравертебральные блокады без стоимости лекарственных препаратов (если иное не оговорено страховой медицинской программой) не более 10(десяти) процедур в совокупности за период страхования;
- массаж простаты с лечебной целью не более 10 (десяти) раз за период страхования;
- наложение и снятие гипсовой повязки, лонгеты.

Исключение: внутривенные капельные вливания, внутриматочное введение лекарственных средств, метод ультразвуковой кавитации, СО2 лазер.

1.4 ИММУНИЗАЦИЯ:

1.4.1 Экстренная профилактическая вакцинация **противостолбнячным** анатоксином по медицинским показаниям.

1.4.2 Профилактическая вакцинация **против гриппа** по эпидемиологическим показаниям импортной вакциной 1 (один) раз за период страхования.

Вакцинация проводится в организации здравоохранения на выбор Страховщика.

1.4.3 Вакцинация согласно **прививочному календарю**.

Исключение: аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ).

1.5 **ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ** организуется и оплачивается в **организациях здравоохранения государственной формы собственности** в амбулаторно-поликлинических условиях согласно назначению лечащего врача:

1.5.1 **не более 10 процедур по каждому виду воздействия:** электролечение, светолечение (кроме фотолечения в косметологии и дерматологии), теплолечение: парафиновые аппликации, озокеритовые аппликации, магнитотерапия, магнитолазеротерапия, лазеротерапия (кроме высокоинтенсивной, импульсной), микроволновая терапия;

1.5.2 **не более 10 процедур за весь период страхования (в совокупности):** электростатический вибромассаж (вибротерапия), ультразвуковая терапия, ударно-волновая терапия; ингаляции; ЛФК в группе (кроме бассейна и ЛФК в бассейне), механотерапия; бальнеолечение (кроме гидромассажных ванн (вихревых, джакузи), ванн с пантогематогеном), грязелечение (сапропелевые грязи), спелеолечение, пневмокомпрессионная терапия (лимфомат, ЛимфвВижин); классическая (корпоральная и аурикулярная) иглорефлексотерапия; тренировки аккомодационного аппарата глаза, а также световая стимуляция зрительного анализатора аппаратными методами.

1.5.3 массаж один из видов (подводный душ-массаж, лечебный ручной массаж, механический аппаратный массаж, в т.ч. сухой аквамассаж) **не более 10 сеансов за весь период страхования без ограничения зон** (кроме общего массажа) одним курсом в течение 30 календарных дней (один сеанс массажа может состоять из нескольких последовательных процедур, следующих друг за другом без перерыва по времени).

1.6 **ЭКСТРЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ** не более 1 (одного) раза за период страхования при **острых пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите:** стоматологические услуги, связанные со снятием острой зубной боли (осмотр и консультация стоматолога, вскрытие полости зуба, вскрытие абсцесса, вскрытие флегмоны, экстирпация пульпы, эвакуация содержимого каналов и их медобработка, наложение временной пломбы, удаление зуба, периостотомия, иссечение "капюшона", первичная хирургическая обработка раны, антисептическая и противовоспалительная обработка, наложение швов, дентальная рентгенодиагностика (КТ - в рамках объема медицинских услуг, предусмотренного данной страховой программой), анестезия инъекционная и местная аппликационная).

Исключение: витальная экстирпация пульпы; лечебная внутриканальная повязка; измерение длины каналов; инструментальная обработка каналов; медикаментозная обработка каналов (с целью расширения и формирования каналов) и дезинфицирующей и очищающей обработки корневых каналов; пломбирование каналов и расходные материалы, связанные с перечисленными услугами.

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

- заболеваний, передающихся половым путем, и их осложнений;

- себорей, себорейного и атопического дерматита, микозов кожи и ногтевых пластинок;
- гепатитов и их осложнений (кроме гепатитов В и С);
- синдрома Жильбера;
- экземы, нейродермита;
- саркоидоза, муковисцидоза;
- ВПС (врожденных пороков сердца), МАРС (малых аномалий развития сердца); менингиомы и ангиомы головного мозга; долихосигмы, дермоидной кисты (тератомы);
- очаговой склеродермии;
- 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 в 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 прямо 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 инвалидности Застрахованному лицу;
- 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 манипуляциями 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, за исключением случаев оказания экстренной стоматологической помощи при острых: пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите (экстренная стоматологическая помощь не подразумевает постановку пломб, пломбирование каналов, лечение по методике витальной экстирпации, физиотерапевтические процедуры), 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 (если иное прямо не оговорено страховой медицинской программой): 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, септопластикой², ринопластикой;
- 3.29 склеротерапией вен, КЛАКС терапией, 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;
- 3.35 обследованием для подготовки к оперативному вмешательству в условиях стационара;
- 3.36 оказанием медицинских услуг, не предусмотренных объемом медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках страховой медицинской программы;
- 3.37 психотерапевтическим лечением.

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, установленным 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 (Данные могут быть изменены):

+375 17 388 95 15 (многоканальный)

+375 29 841 21 81 (МТС)

+375 44 711 56 96 (А1)

+375 25 602 33 76 (Life)

+ 375 29 331 95 01 (А1 Viber)

Чат-бот Ваш Ассистанс @Your_Assistance_Bot

Режим работы контакт-центра ЗАО «Ваш Ассистанс»: Пн.-Вс. с 8-00 до 20-00.

В нерабочее время по экстренным заявкам прием звонков по указанным номерам телефонов осуществляется круглосуточно (подразумевается прием звонков по неотложной помощи и заявок на случай отсутствия направления в медицинском учреждении).

При оформлении заявки по электронной почте dms_bgs@yourassistance.by необходимо указывать свои личные данные: ФИО, номер контактного телефона, номер полиса, изложить ситуацию, указать удобную дату и время посещения медицинского учреждения.

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.

5.11 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.

5.12 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;*
- *копию паспорта законного представителя застрахованного лица (выгодоприобретателя) (при необходимости);*
- *результаты анализов, протоколы обследований (в случае возникновения спорной ситуации, возникшей при отказе специалистом Контакт-центра в организации медицинской услуги).*

¹-Под 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.

²По медицинским показаниям (при выраженном нарушении функции дыхания) по заявлению застрахованного лица септопластика может быть оплачена в государственных организациях здравоохранения в рамках объема медицинских услуг, предусмотренного страховой медицинской программой (застрахованное лицо оплачивает услугу самостоятельно и обращается в Белгосстрах с заявлением о компенсации).

³- Проведение высокопольного МРТ (3 Тесла) при наличии обоснованных медицинских показаний в случае недостаточности детализированных данных для постановки точного диагноза.

Представитель Страховщика

Страхователь



М.П.

М.П.



СТАНДАРТ
Амбулаторно-поликлиническая страховая медицинская программа для взрослых
АВ

Страхователь: ОАО «ДОРОРС»
Срок страхования 1 год.

Страховая сумма на 1 Застрахованное лицо (сотрудник) – 17 931,03 бел.рублей,
в том числе по:
АВ (амбулаторно-поликлинической программе) – 17 931,03 бел.рублей,

Количество Застрахованных лиц по настоящей программе – 46 человек.
Страховая премия на 1 застрахованное лицо – 520,00 бел.рублей.

Страховая сумма на 1 Застрахованное лицо (родственник) – 20 428,57 бел.рублей,
в том числе по:
АВ (амбулаторно-поликлинической программе) – 20 428,57 бел.рублей,

Количество Застрахованных лиц по настоящей программе – 3 человека.
Страховая премия на 1 застрахованное лицо – 572,00 бел.рублей.

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: D7*

	Название организации здравоохранения	Адрес
1.	ООО «ЛОДЭ»	Минск, ул. Гикало, д. 1
2.	ООО «Медицинский центр Нордин»	Минск, ул. Сурганова, д. 47б
3.	ООО «ЭкоМедСервис-Медицинский центр»	Минск, ул. Толстого, д. 4
4.	ОДО «Медицинский центр «Кравира»	Минск, ул. Скрипникова, д. 11б, пр-т Победителей, д. 45
5.	ООО «Клиника «Мерси»	Минск, ул. Игнатенко, д. 8, каб. 5
	*- 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) по выбору застрахованного лица, а также в иных коммерческих медицинских центрах на усмотрение (на выбор) Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным по договорам добровольного страхования медицинских расходов (далее – договоры на обслуживание), в соответствии с графиком работы специалистов медучреждения.

В МЦ «Аква-Минск Клиника» (КУП «Аква-Минск») не организуются и не оплачиваются медицинские услуги, которые условиями страховой медицинской программы предусмотрены только в организациях здравоохранения государственной формы собственности (малые оперативные вмешательства, стационарное обслуживание и др.).

Не организуется предоставление медицинских услуг застрахованным лицам в организациях здравоохранения, с которыми у Белгосстраха отсутствуют действующие договоры на обслуживание (далее – Медцентры не партнёры Белгосстраха). В случае самостоятельного обращения и оплаты застрахованным лицом услуг (из доступного объема услуг данной страховой медицинской программы) в Медцентрах – не партнерах Белгосстраха (перечень частных Медцентров – не партнеров Белгосстраха размещен на официальном сайте www.bgs.by), Страховщиком производится возмещение расходов, связанных с оказанием застрахованному лицу медицинской помощи на условиях установления безусловной франшизы – размера собственного участия застрахованного лица в размере 40% от оплаченных услуг (признанных Страховщиком, как страховое событие).

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.

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

1.1.1 Проведение консилиумов и консультаций ведущих специалистов организаций здравоохранения (за исключением «высоковостребованных специалистов»*) 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.

Ограничения по консультативно-диагностическим приемам на одно Застрахованное лицо за период страхования:

- гинеколог или гинеколог-эндокринолог не более 5 (пяти) раз;
- уролог не более 5 (пяти) раз;
- вызов врача на дом (заявка до 12.00) из коммерческих центров (при наличии данной услуги в медицинском учреждении) не более 2 (двух) раз;
- прием психотерапевта (без сеансов психотерапии)-не более 2 (двух) раз.

1.1.2 Организация и оплата услуг по проведению консилиумов и консультаций ведущих специалистов организаций здравоохранения - «высоковостребованных специалистов»*по назначению лечащего врача производится застрахованным лицом самостоятельно.

Страховщиком производится возмещение данных расходов на условиях установления безусловной франшизы – размера собственного участия застрахованного лица в размере 40% от оплаченных услуг (признанных Страховщиком, как страховое событие).

*- высоковостребованный специалист – специалист (работник) организации здравоохранения стоимость первичной консультации которого составляет от 70 рублей и выше.

Исключение:

- диетолог, сомнолог, трихолог, гинеколог-репродуктолог, андролог, сексолог, венеролог, логопед, фonoпед, косметолог, (возможна оплата при удалении новообразований на условиях п. 1.3.1), подолог, психиатр, нарколог, гомеопат, врачи народной и нетрадиционной медицины, экстрасенс (биоэнергетик, целитель), врач спортивной медицины мануальный терапевт (рекомендации данных врачей не рассматриваются, назначенные медицинские услуги оплате не подлежат);
- стоматолог-ортодонт, стоматолог-ортопед, стоматолог-имплантолог, гнатолог(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;
- 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:** клинические, биохимические, бактериологические, серологические (диагностика вирусных, паразитарных и бактериальных заболеваний), копрологические, гормональные, цитологические, иммунологические (общие, маркеры аутоиммунных заболеваний, иммуногистохимические исследования), аллергологические, гистологические, ПЦР, ИФА, РИФ диагностика, гастропанель после ФГДС при наличии атрофического гастрита, дыхательные тесты, исследование соскобов кожи, онкомаркеры.

Лабораторные исследования не предусматривают забор материала на дому.

Ограничения по лабораторной диагностике на одно Застрахованное лицо за период страхования:

- обследование на ЗППП методом ПЦР (качеств.), ИФА (качеств. или колич., полуколич. показатели) не более 5 (пяти) показателей: ВПЧ ВКР, ВПГ 1 и 2 тип, хламидия трахоматис, микопlasма гениталиум;
- бакпосев из урогенитального тракта не более 2 (двух) исследований;
- исследование гормонов не более 10 (десяти) показателей;
- жидкостная цитология не более 1 (одного) раза.
- не более 2 аллергопанелей или 10 специфических Ig за год страхования;
- витамин D не более 1 (одного) раза;

• тестирование на коронавирусную инфекцию не более 2 (двух) исследований в совокупности: ПЦР (назофарингеальный мазок, качеств.), антиген в назофарингеальных мазках (экспресс-тест), IgM, IgG (кровь, качеств.).

Исключение: антимюллеров гормон, глобулин, связывающий половые гормоны (секс-гормон), гормональный мониторинг овуляции, ХГЧ у женщин, пакеты «ФиброМакс» и «ФиброТест», титрование и количественное определение ДНК ВПЧ, Фемофлор, Андрофлор, Квант 21, посев на среду МакКоя, генная диагностика, спермограмма, диагностика токсоплазмоза, краснухи, цитомегаловируса, молекулярная алергодиагностика (аллергочип, Фадиотоп, определение специфических IgE к компонентам (молекулам), в т.ч. метод ImmunoCAP), тест PanTum Detect.

1.2.2 **Функциональные, в т.ч.:** электрокардиограмма (ЭКГ), 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).

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

1.2.3 **Ультразвуковая диагностика** на аппаратах последнего поколения без ограничений, в т.ч. УЗИ органов малого таза не более 3 (трех) раз. *Может проводиться без направления врача при наличии ранее установленного заболевания на усмотрение Страховщика.*

Исключение: стресс Эхо-КГ, УЗ-мониторинг овуляции, исследования на аппарате Фиброскан, 3D УЗИ.

1.2.4 **Рентгенологические исследования** (в т.ч. маммография, контрастные рентгенологические исследования).

1.2.5 **Радиоизотопные (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) 1 (один) раз за период страхования и **магнитно-резонансная томография³ (МРТ)** 1 (один) раз за период страхования 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.*

Исключение: ПЭТ (позитронно-эмиссионная томография).

1.2.7 **Эндоскопические** (без общей анестезии, без седации и без подготовки к ним) **не более 2 (двух) исследований в совокупности за период страхования, в том числе:** 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, anosкопия.

Исключение: вестибулярные пробы (лечебные маневры).

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: ФБЮЖН БИОПСИЯ

1.3 **ЛЕЧЕБНЫЕ ПРОЦЕДУРЫ, ОПЕРАЦИИ И МАНИПУЛЯЦИИ по медицинским показаниям.**

1.3.1 **Малые оперативные вмешательства** (при проведении вмешательства под седацией (наркозом), общей анестезией расходы на подготовку к седации (наркозу), общей анестезии, а так же само анестезиологическое пособие не подлежит оплате страховщиком), возможно применение лазера, организуются и оплачиваются в организациях здравоохранения государственной формы собственности, если иное не оговорено страховой программой:

- первичная хирургическая обработка ран, наложение и снятие швов, хирургические перевязки;
- удаление инородных тел из мягких тканей, вскрытие небольших поверхностных абсцессов;
- малоинвазивные вмешательства при заболеваниях анального канала и параректальной области;
- хирургические операции по поводу вросшего ногтя;
- лазерная коагуляция сетчатки по медицинским показаниям, лазерная трабекулопластика и иридотомия при глаукоме;
- парацентез, трахеотомия по экстренным показаниям, полипотомия полости носа;
- гинекологические вмешательства (организация данных услуг, а также послеоперационное наблюдение и лечение, возможны в том числе и в коммерческих медицинских центрах): конизация, эксцизия, коагуляция (вапоризация) шейки матки, радиоволновая пунктура шейки матки; удаление внутриматочной спирали (при кровотечении, эндометрите); выскабливание цервикального канала (эндоцервикальный кюретаж);
- секторальная резекция молочной железы, удаление фиброаденомы молочной железы;
- удаление холязиона;
- удаление гигромы;
- удаление новообразований кожи и подкожной клетчатки (папиллом, бородавок, невусов, контагиозных моллюсков, атером, дерматофибром, липом, кератом) и папиллом полости рта не более 2-ух образований за период страхования (удаление может проводиться специалистом дерматокосметологом (косметологом), консультация дерматокосметолога (косметолога) может быть оплачена, только если она проводилась в государственной организации здравоохранения и в день удаления новообразований).

Исключение: иные оперативные вмешательства, в т.ч. склеротерапия вен, КЛакС терапия, минифлебэктомия, ЭВЛК (эндовенозная лазерная коагуляция); операции по лечению храпа; радиочастотная абляция (РЧА) и криоабляция; кросслинкинг; гистероскопия (в т.ч. удаление полипов тела матки и шейки матки); вакуумная биопсия молочных желез; удаление и лечение рубцов; коагуляция сосудов полости носа, вмешательства по поводу фимоза.

1.3.2 Лечебные процедуры и манипуляции, том числе:

- промывание лакун миндалин не более 5 (пяти) процедур в совокупности за период страхования;
- вакуумный дренаж околоносовых пазух по Зондерману и Проетцу;
- пункция верхнечелюстных, лобных пазух; вскрытие паратонзиллярного абсцесса;
- удаление серных пробок;
- внутригортанные заливки;
- удаление поверхностных инородных тел из глаз;
- внутримышечные, внутривенные струйные, подкожные, интравитреальные инъекции;
- лечебно-диагностические пункции;
- иное введение лекарственных препаратов, в т.ч. внутрисуставные, параартикулярные, паравертбральные блокады без стоимости лекарственных препаратов (если иное не оговорено страховой медицинской программой) не более 10(десяти) процедур в совокупности за период страхования;
- массаж простаты с лечебной целью не более 10 (десяти) раз за период страхования;
- наложение и снятие гипсовой повязки, лонгеты.

Исключение: внутривенные капельные вливания, внутриматочное введение лекарственных средств, метод ультразвуковой кавитации, СО2 лазер.

1.4 ИММУНИЗАЦИЯ:

1.4.1 Экстренная профилактическая вакцинация **противостолбнячным** анатоксином по медицинским показаниям.

1.4.2 Профилактическая вакцинация **против гриппа** по эпидемиологическим показаниям импортной вакциной 1 (один) раз за период страхования.

Возможно проведение вакцинации по письменной заявке и списку Застрахованных лиц с выездом специализированной бригады медицинского персонала в офис Страхователя в предварительно согласованное со Страхователем время (выезд осуществляется при количестве вакцинируемых лиц не менее 10 человек).

Вакцинация проводится в организации здравоохранения государственной формы собственности на выбор Страховщика.

Страховщик не производит компенсацию расходов, связанных с вакцинацией сотрудников Страхователя по договорам, заключенным между Страхователем и учреждением здравоохранения.

Исключение: аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ).

1.5 ВОССТАНОВИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ организуется и оплачивается в организациях здравоохранения **государственной формы собственности** в амбулаторно-поликлинических условиях согласно назначению лечащего врача:

1.5.1 не более 10 процедур по каждому виду воздействия: электролечение, светолечение (кроме фотолечения в косметологии и дерматологии), теплотечение: парафиновые аппликации, озокеритовые аппликации, магнитотерапия, лазеротерапия, магнитолазеротерапия (кроме высокоинтенсивной, импульсной), микроволновая терапия;

1.5.2 не более 10 процедур за весь период страхования (в совокупности): электростатический вибромассаж (вибротерапия), ультразвуковая терапия, ударно-волновая терапия; ингаляции; ЛФК в группе (кроме бассейна и ЛФК в бассейне), механотерапия; бальнеолечение (кроме гидромассажных ванн (вихревых, джакузи), ванн с пантогематогеном), грязелечение (сапропелевые грязи), спелеолечение, пневмокомпрессионная терапия (лимфомат, ЛимфаВижин); классическая (корпоральная и аурикулярная) иглорефлексотерапия; тренировки аккомодационного аппарата глаза, а также световая стимуляция зрительного анализатора аппаратными методами.

1.5.3 массаж один из видов (подводный душ-массаж, лечебный ручной массаж, механический аппаратный массаж, в т.ч. сухой аквамассаж) **не более 10 сеансов за весь период страхования без ограничения зон** (кроме общего массажа) одним курсом в течение 30 календарных дней (один сеанс массажа может состоять из нескольких последовательных процедур, следующих друг за другом без перерыва по времени).

1.6 ЭКСТРЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ организуется и оплачивается в организациях здравоохранения государственной формы собственности **не более 1 (одного) раза за период страхования при острых пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите:** стоматологические услуги, связанные со снятием острой зубной боли (осмотр и консультация стоматолога, вскрытие полости зуба, вскрытие абсцесса, вскрытие флегмоны, экстирпация пульпы, эвакуация содержимого каналов и их медобработка, наложение временной пломбы, удаление зуба, периостотомия, иссечение "капюшона", первичная хирургическая обработка раны, антисептическая и противовоспалительная обработка, наложение швов, дентальная рентгенодиагностика (КТ - в рамках объема медицинских услуг, предусмотренного данной страховой программой), анестезия инъекционная и местная аппликационная).

Исключение: витальная экстирпация пульпы; лечебная внутриканальная повязка; измерение длины каналов; инструментальная обработка каналов; медикаментозная обработка каналов (с целью расширения и формирования каналов) и дезинфицирующей и очищающей обработки корневых каналов; пломбирование каналов и расходные материалы, связанные с перечисленными услугами.

1.7 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 ногтевых 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, дермоидная киста (тератома);
- 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.

1.8 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).

1.9 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 прямо 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 инвалидности Застрахованному лицу;

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 манипуляциями 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, утвержденным 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, за исключением случаев оказания экстренной стоматологической помощи при острых: пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите (экстренная стоматологическая помощь не подразумевает постановку пломб, пломбирование каналов, лечение по методике витальной экстирпации, физиотерапевтические процедуры), 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 (если иное прямо не оговорено данной страховой программой): 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, септопластикой², 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 и оперативному вмешательству в условиях стационара;
- 3.35 оказанием медицинских услуг, не предусмотренных объемом медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках страховой медицинской программы;
- 3.36 психотерапевтическим лечением.

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 ЗАО «Ваш Ассистанс» (Данные могут быть изменены):

+375 17 388 95 15 (многоканальный)

+375 29 841 21 81 (МТС)

+375 44 711 56 96 (А1)

+375 25 602 33 76 (Life)

+ 375 29 331 95 01 (А1 Viber)

Чат-бот Ваш Ассистанс @Your_Assistance_Bot

Режим работы контакт-центра ЗАО «Ваш Ассистанс»: Пн.-Вс. с 8-00 до 20-00.

В нерабочее время по экстренным заявкам прием звонков по указанным номерам телефонов осуществляется круглосуточно (подразумевается прием звонков по неотложной помощи и заявок на случай отсутствия направления в медицинском учреждении).

При оформлении заявки по электронной почте dms_bgs@yourassistance.by необходимо указывать свои личные данные: ФИО, номер контактного телефона, номер полиса, изложить ситуацию, указать удобную дату и время посещения медицинского учреждения.

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.

5.11 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.

5.12 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).

¹ Под 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.

² По медицинским показаниям (при выраженном нарушении функции дыхания) по заявлению застрахованного лица септопластика может быть оплачена в государственных организациях здравоохранения в рамках объема медицинских услуг, предусмотренного страховой медицинской программой (застрахованное лицо оплачивает услугу самостоятельно и обращается в Белгосстрах с заявлением о компенсации).

³ Проведение высокопольного МРТ (3 Тесла) при наличии обоснованных медицинских показаний в случае недостаточности детализированных данных для постановки точного диагноза.

Представитель Страховщика

Страхователь



М.П.

ПРЕМИУМ
Амбулаторно-поликлиническая страховая медицинская программа для взрослых
с дополнительной услугой «Онкориск»
АВ+зн+(с+м)

Страхователь: ОАО «ДОРОРС»

Срок страхования 1 год.

Страховая сумма на 1 Застрахованное лицо (сотрудник) – 8 346,71 бел.рублей,

в том числе по:

АВ+зн+(с+м) (амбулаторно-поликлинической программе) – 8 346,71 бел.рублей,

в том числе общий лимит ответственности по стоматологической помощи и медикаментозному обеспечению – 500,00 бел.рублей.

Количество Застрахованных лиц по настоящей программе – 5 человек.

Страховая премия на 1 застрахованное лицо – 520,00 бел.рублей.

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: D7*

	Название организации здравоохранения	Адрес
1.	ООО «ЛЮДЭ»	Минск, ул. Гикало, д. 1
2.	ООО «Медицинский центр Нордин»	Минск, ул. Сурганова, д. 47б
3.	ООО «ЭкоМедСервис-Медицинский центр»	Минск, ул. Толстого, д. 4
4.	ОДО «Медицинский центр «Кравира»	Минск, ул. Скрипникова, д. 11б, пр-т Победителей, д. 45
5.	ООО «Клиника «Мерси»	Минск, ул. Игнатенко, д. 8, каб. 5
6.	ООО «МиладентАл»	Минск, пр. Дзержинского, д. 15
7.	ОДО «Евродент»	Минск, ул. Первомайская, д. 12, пом. 3, ком. 2
8.	ООО «Мона Лиза Дентал»	Минск, ул. Репина, д. 4, кв. 464
9.	ЧМУП «Кабинет дантиста»	Минск, ул. Репина, 4, пом. 480
10.	УП «Белый носорог»	Минск, ул. К. Чорного, д. 31
	*- 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) по выбору застрахованного лица, а также в иных коммерческих медицинских центрах на усмотрение (на выбор) Страховщика, с которыми у Страховщика заключены договоры на обслуживание застрахованных лиц, в соответствии с графиком работы специалистов медучреждения.

Страховщик не организует предоставление медицинских услуг в организациях здравоохранения, с которыми у Белгосстраха отсутствуют действующие договоры на обслуживание (далее – Медцентры не партнёры Белгосстраха). В случае самостоятельного обращения и оплаты застрахованным лицом услуг (из доступного объема услуг данной страховой медицинской программы) в Медцентрах – не партнерах Белгосстраха застрахованное лицо в течение 30 календарных дней вправе обратиться в Белгосстрах с полным пакетом документов (п. 64 Правил) для признания (непризнания) случая страховым

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. Проведение альтернативных методов диагностики и лечения (сверх объемов предусмотренных Клиническими протоколами Министерством здравоохранения Республики Беларусь) в соответствии с условиями страховой программы возможно по согласованию и на усмотрение Страховщика.

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.

Оформление и выдача застрахованному лицу необходимой медицинской документации, в соответствии с нормативными требованиями Министерства здравоохранения РБ. В том числе получение застрахованным лицом справок на ношение оружия, вождение автотранспорта и других справок, выдаваемых на основании приказов 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.*

Вызов врача на дом (заявка до 12.00), при наличии данной услуги в медицинском учреждении

Послеоперационное наблюдение по заболеванию, которое является страховым случаем.

Исключение: диетолог, трихолог, андролог, гинеколог-репродуктолог, сексолог, логопед, фонопед, косметолог (возможна оплата при удалении новообразований на условиях п. 1.3.1), подолог, психиатр, нарколог, врач спортивной медицины, гомеопат, врачи народной и нетрадиционной медицины, экстрасенс (биоэнергетик, целитель) (рекомендации данных специалистов не рассматриваются, назначенные медицинские услуги оплате не подлежат);

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

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: клинические, биохимические, бактериологические, серологические (диагностика вирусных, паразитарных и бактериальных заболеваний), копрологические, гормональные, цитологические, иммунологические (общие, маркеры аутоиммунных заболеваний, иммуногистохимические исследования), аллергологические, гистологические (в т.ч. иммуногистохимические), ПЦР, ИФА, РИФ диагностика, гастропанель после ФГДС при наличии атрофического гастрита, дыхательные тесты, исследование соскобов кожи, онкомаркеры.

Лабораторные исследования предусматривают забор материала на дому, при наличии данной услуги в медицинском учреждении.

Исключение: гормональный мониторинг овуляции, диагностика токсоплазмоза, краснухи, цитомегаловируса, генная диагностика, тест PanTum Detect.

1.2.2 Функциональные, в т.ч.: электрокардиограмма (ЭКГ), холтеровское мониторирование ЭКГ и суточное мониторирование АД, спирометрия (ФВД, функция внешнего дыхания), велоэргометрия (ВЭМ/ВЭП), нагрузочные пробы, тредмил-тест, реовазография (РВГ), электроэнцефалография (ЭЭГ), реоэнцефалография (РЭГ), электромиография (ЭМГ), электронейрография (ЭНГ), электронейромиография (ЭНМГ).

1.2.3 Ультразвуковая диагностика на аппаратах последнего поколения.

1.2.4 Рентгенологические исследования (в т.ч. маммография, контрастные рентгенологические исследования).

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

1.2.6 Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) в различных режимах.

1.2.7 Эндоскопические (проводятся без общей анестезии, без седации без подготовки к ним), **в том числе:** фиброгастроскопия (ФЭГДС), фиброколоноскопия (ФКС), фибробронхоскопия (ФБС), ректосигмоколоноскопия, цистоскопия, видеоэндоскопия ЛОР-органов, капсульная эндоскопия, эндоультрасонография.

1.2.8 Специальные, в т.ч. кольпоскопия, денситометрия, офтальмологические исследования, дерматоскопия (СИАскопия), ректоскопия, ректосигмоскопия, анаскопия.

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: ФБЮЖН БИОПСИЯ

1.3 Лечебные процедуры, операции и манипуляции по медицинским показаниям:

1.3.1 Малые оперативные вмешательства (возможно применение лазера), **в т.ч. подготовка в рамках объема услуг, проведение операции, послеоперационное наблюдение и лечение** (при проведении вмешательства под седацией (наркозом), общей анестезией расходы на подготовку к седации (наркозу), общей анестезии, а так же 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;
- малоинвазивные вмешательства при заболеваниях анального канала и параректальной области;
- склеротерапия вен, минифлебэктомия, радиочастотная абляция вен нижних конечностей, КЛАКС терапия, ЭВЛК (эндовенозная лазерная коагуляция);
- хирургические операции по поводу вросшего ногтя;
- лазерная коагуляция сетчатки, лазерная трабекулопластика и иридотомия при глаукоме, кросслинкинг;
- парацентез, трахеотомия по экстренным показаниям, полипотомия полости носа;

- гинекологические вмешательства: конизация, эксцизия, коагуляция (вапоризация) шейки матки, радиоволновая пунктура шейки матки, выскабливание цервикального канала (эндоцервикальный кюретаж);
- офисная гистероскопия;
- установка и удаление внутриматочной спирали по медицинским показаниям;
- секторальная резекция молочной железы, удаление фиброаденомы молочной железы, вакуумная биопсия молочной железы;
- операция по лечению храпа, вапоризация носовых раковин, полипотомия полости носа, коагуляция сосудов полости носа при рецидивирующих кровотечениях;
- удаление новообразований кожи, подкожной клетчатки, папиллом небных дужек (удаление может проводиться специалистом дерматокосметологом (косметологом), консультация дерматокосметолога (косметолога) может быть оплачена, только если она проводилась в государственной организации здравоохранения и в день удаления новообразований) и образований аногенитальной зоны;
- удаление холязиона;
- удаление гиомы.

Исключение: оперативные вмешательства по поводу фимоза.

1.3.2 Лечебные процедуры и манипуляции, том числе:

- вакуумный дренаж околоносовых пазух по Зондерману и Протетцу;
- пункция верхнечелюстных, лобных пазух;
- вскрытие паратонзиллярного абсцесса;
- промывание лакун миндалин;
- удаление серных пробок, туалет уха;
- удаление поверхностных инородных тел из глаз;
- внутригортанные заливки;
- внутримышечные, внутривенные струйные, подкожные, интравитреальные инъекции, внутривенные капельные вливания;
- лечебно-диагностические пункции;
- иное введение лекарственных препаратов, в т.ч. внутрисуставные, параартикулярные, паравертебральные блокады без стоимости лекарственных препаратов, если иное не оговорено страховой медицинской программой;
- массаж простаты;
- наложение и снятие гипсовой повязки, лонгеты (оплате подлежат пластиковые (полимерные) бинты (повязки));
- экстракорпоральные виды лечения, в том числе плазмаферез (прямая абсорбция липопротеидов крови), внутривенное УФ- и лазеротерапия (в т.ч. УФОК), терапия с применением крови, ее компонентов и эндоглобулинов; мониторинг очистки кишечника, в т.ч. гидроколонотерапия.

Исключение: CO2 лазер; внутриматочное введение лекарственных средств, метод ультразвуковой кавитации.

1.4 Иммунизация:

1.4.1 Экстренная профилактическая вакцинация **противостолбнячным** анатоксином по медицинским показаниям.

1.4.2 Профилактическая вакцинация **против гриппа** по эпидемиологическим показаниям импортной вакциной 1 раз за период страхования.

Исключение: аллерген-специфическая иммунотерапия (АСИТ).

1.5 **Восстановительное лечение:** физиотерапевтическое лечение (электро-, свето- и теплотечение: парафиновые аппликации, озокеритовые аппликации, магнито- и лазеротерапия, магнитолазеротерапия, микроволновая, ультразвуковая терапия); ударно-волновая терапия, электростатический вибромассаж (вибротерапия); механотерапия, ЛФК в группе (кроме бассейна); бальнеолечение; грязелечение; спелеолечение; ингаляции; массаж (подводный душ-массаж, лечебный ручной массаж, механический аппаратный массаж, в т.ч. сухой аквамассаж), иглорефлексотерапия, мануальная терапия, баротерапия, ВЛОК-терапия, криотерапия, общая магнитотерапия, пневмокомпрессионная терапия (лимфомат, ЛимфаВижин); тренировки аккомодационного аппарата глаза, а также световая стимуляция зрительного анализатора аппаратными методами.

1.6 **ЭКСТРЕННАЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ не более 1 (одного) раза за период страхования при острых пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите:** стоматологические услуги, связанные со снятием острой зубной боли (осмотр и консультация стоматолога, вскрытие полости зуба, вскрытие абсцесса, вскрытие флегмоны, экстирпация пульпы, эвакуация содержимого каналов и их медобработка, наложение временной пломбы, удаление зуба, периостотомия, иссечение "капюшона", первичная хирургическая обработка раны, антисептическая и противовоспалительная обработка, наложение швов, дентальная рентгенодиагностика (КТ - в рамках объема медицинских услуг, предусмотренного данной страховой программой), анестезия инъекционная и местная аппликационная).

Исключение: витальная экстирпация пульпы; лечебная внутриканальная повязка; измерение длины каналов; инструментальная обработка каналов; медикаментозная обработка каналов (с целью расширения и формирования каналов) и дезинфицирующей и очищающей обработки корневых каналов; пломбирование каналов и расходные материалы, связанные с перечисленными услугами.

1.7 **Полисомнография и иные сомнологические исследования (лаборатория сна).**

1.8 **Психотерапевтическое лечение (не более 5 консультаций (сеансов)).**

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

- системных заболеваний (системных поражений соединительной ткани (M30-M36 по МКБ10), а также антифосфолипидного синдрома (D68.6)), в том числе ревматоидного артрита, болезни Бехтерева, склеродермии, и их осложнений; аутоиммунных болезней с поражением одного органа;
- соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы;
- ЗППП (заболеваний передающихся половым путем);
- сахарного диабета инсулинзависимого (1-го типа) и его осложнений;
- демиелинизирующих заболеваний нервной системы (рассеянного склероза, сирингомиелии и др.), неспецифического язвенного колита, болезни Крона;
- коронавирусной инфекции (возможность обслуживания определяется организацией здравоохранения);
- псориаза и его осложнений, нейродермита, экземы, себорейного и атопического дерматита, микозов кожи и ногтевых пластинок; гельминтоза;
- гепатитов и их осложнений (кроме гепатита С);
- синдрома Жильбера;
- саркоидоза, муковисцидоза;
- ВПС (врожденных пороков сердца), МАРС (малых аномалий развития сердца), менингиомы и ангиомы головного мозга, долихосигмы, дермоидной кисты (тератомы), дисплазии тазобедренного сустава и их осложнений, идиопатического и диспластического сколиоза;

1.10 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).

1.11 **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.

1.12 **Медицинский осмотр (диспансеризация) с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий (Комплекс «Здоровье руководителя за 1 день»)** - один раз в течение действия договора страхования в следующем объеме:

Для женщин:

- Ультразвуковые исследования: щитовидной железы, брюшной полости и почек, органов малого таза и молочных желез; эхокардиография (ЭХО-КГ).
- Рентгенографическое исследование грудной клетки.
- Электрокардиограмма (ЭКГ).
- Компьютерная диагностика зрения.
- Исследование крови и мочи (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, мочевина, креатинин, калий, натрий, хлор), определение уровня ТТГ, Т4св).
- Консультации: терапевта, эндокринолога, невролога, офтальмолога, гинеколога (общий мазок и онкоцитология).

Для мужчин:

- Ультразвуковые исследования: щитовидной железы, брюшной полости и почек, предстательной железы, мошонки и яичек, эхокардиография (ЭХО-КГ).
- Рентгенографическое исследование грудной клетки.
- Электрокардиограмма (ЭКГ).
- Компьютерная диагностика зрения.
- Исследование крови и мочи (ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (общий белок, общий билирубин, глюкоза, АЛТ, АСТ, общий холестерин, ЛПВП, ЛПНП, триглицериды, мочевина, креатинин, калий, натрий, хлор), определение уровня ТТГ, Т4св, ПСА общ.).
- Консультации: терапевта, эндокринолога, невролога, офтальмолога, уролога.

2. Дополнительная услуга: «ОНКОРИСК» (предоставление медицинских услуг и оплата медицинских расходов, связанных со злокачественными новообразованиями, доброкачественными новообразованиями злокачественного течения) в рамках объема услуг по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию.

3. Дополнительная услуга: МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ при амбулаторно-поликлиническом лечении по назначению врача. Организация оплаты медикаментов:

ВАРИАНТ 1. Застрахованное лицо оплачивает медикаменты самостоятельно и обращается в Белгосстрах с заявлением о компенсации.

ВАРИАНТ 2. В аптечных сетях согласно перечню, размещенному на официальном сайте Белгосстраха www.bgs.by.

Отпускаться медикаменты (лекарственные средства) будут при предъявлении карточки Застрахованного лица со штрих-кодом, паспорта и рецепта, выписанного лечащим врачом в соответствии с нормативными требованиями Министерства здравоохранения бесплатно в аптечной сети.

В случае отсутствия в аптеке необходимого лекарственного средства, указанного в рецепте, по согласованию с застрахованным лицом возможен отпуск его аналога (аналог — это препарат, идентичный оригиналу по составу и лечебному действию, но выпускает его другой производитель).

Выбор ВАРИАНТА организации оплаты лекарственного средства в спорной ситуации остаётся за Страховщиком.

Оплате подлежат медикаменты, назначенные застрахованному лицу на консультативных приемах, организованных, как страховщиком, так и застрахованным лицом самостоятельно, в том числе необходимые для лечения заболеваний, указанных в пункте 1.9 страховой медицинской программы, строго по назначению врача, за исключением следующего:

Не оплачиваются медицинские расходы, связанные с приобретением:

- биологически активных добавок (БАД);
- гомеопатических средств;
- витаминов, витаминно-минеральных комплексов, минеральных добавок (код по АТХ А11, А12);
- фиточаев (травяных сборов);

- *средств медицинской реабилитации (калоприемник, мочеприемник, тренажеры, устройства для введения тащи, другие технические средства);*
- *предметов по уходу за больными (шприцы, перевязочные материалы и др.); других изделий медицинского назначения;*
- *косметических и гигиенических средств (зубная паста, шампуни, кремы и др.);*
- *средств диагностики (тонометры, термометры и др.);*
- *гормональных препаратов с целью контрацепции, средств по контролю над рождаемостью;*
- *медицинских препаратов, не являющихся необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененных по желанию застрахованного, а не по медицинским показаниям.*

В случае увеличения в течение срока действия договора страхования количества лиц, застрахованных по данной программе, лимит ответственности по медикаментозному обеспечению в отношении вновь включаемых Застрахованных лиц рассчитывается пропорционально оставшейся части срока действия договора страхования (срока обслуживания).

Лимит ответственности по медикаментозному обеспечению указывается в Списке Застрахованных лиц в отношении вновь включаемых работников Страхователя.

4. Дополнительная услуга: СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ при амбулаторно-поликлиническом лечении (плановое терапевтическое и хирургическое стоматологическое лечение, профессиональная гигиена полости рта):

4.1 Первичные консультации врачей-специалистов.

4.2 Терапевтическое лечение заболеваний зубов (в том числе под микроскопом) и полости рта (в т.ч. кариеса, пульпита, периодонтита, заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, удаление дефекта пломбы (скол, откол)), включая снятие зубных отложений и налета с зуба, подлежащего лечению.

4.3 Хирургическая помощь: лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, повреждений челюстно-лицевой области, заболеваний слюнных желез, нервов челюстно-лицевой области, удаление зубов (простое и сложное), наложение шва на края лунки, остановка луночкового кровотечения, иссечение десневого капюшона над зубом при перикоронарите, резекция верхушки корня зуба, извлечение инородного тела, цистэктомия, лечение доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области., снятие швов, перевязки.

4.4 Все виды местного обезболивания.

4.5 Рентгенодиагностика, в т.ч. ортопантограмма, рентгенография, радиовизиография; компьютерная 3D томография зубов (КТ зубов) в рамках объема услуг по амбулаторно-поликлиническому обслуживанию и лимита на стоматологическую помощь.

4.6 Физиотерапевтические процедуры при острых состояниях.

4.7 Профессиональная гигиена полости рта (включает удаление зубного налета и отложений с последующей полировкой и флюоризацией, а также подбор средств индивидуальной гигиены и метода чистки зубов), в том числе при заболеваниях полости рта.

4.8 Герметизация фиссур.

4.9 Зубопротезные стоматологические услуги, имплантации зубов (без применения драгоценных металлов).

Объем работ и стоимость стоматологического лечения Застрахованное лицо обсуждает с лечащим врачом-стоматологом при посещении лечебного учреждения перед началом лечения.

По условиям договора не оплачиваются следующие стоматологические услуги:

- *депофорез; отбеливание зубов;*
- *консультация ортодонта, ортодонтические виды лечения и подготовка к ним;*
- *лечение под общим наркозом;*

В случае увеличения в течение срока действия договора страхования количества лиц, застрахованных по данной программе, лимит ответственности по стоматологической помощи в отношении вновь включаемых Застрахованных лиц рассчитывается пропорционально оставшейся части срока действия договора страхования (срока обслуживания).

Лимит ответственности по стоматологической помощи указывается в Списке Застрахованных лиц в отношении вновь включаемых работников Страхователя.

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

5.1 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;

5.2 осложнениями, явившимися следствием нарушения застрахованным лицом курса лечения или лечебного режима;

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

5.4 алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией и их осложнениями;

5.5 ВИЧ-инфекцией, СПИДом и их осложнениями;

5.6 гепатитом С, циррозами печени и их осложнениями;

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

5.8 туберкулезом независимо от клинической формы и стадии процесса;

5.9 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;

- 5.10 чесоткой, педикулезом, алопецией (и другой потерей волос);
- 5.11 заболеваниями, явившимися причиной установления группы инвалидности у застрахованного лица;
- 5.12 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);
- 5.13 планированием семьи (включая контрацепцию, вспомогательные репродуктивные технологии); диагностикой и лечением бесплодия (мужского и женского), сексуальными половыми расстройствами;
- 5.14 дефектами речевого развития.

При выявлении у застрахованного лица в период действия договора страхования заболевания (состояния), указанного в пп.5.5-5.12 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).

6. Не организуется предоставление медицинских услуг и не оплачиваются медицинские расходы, связанные с:

- 6.1 санаторным лечением в условиях санатория;
- 6.2 реабилитационным лечением в условиях круглосуточного пребывания в реабилитационном центре (реабилитационном отделении стационара);
- 6.3 осмотрами медицинских работников, диагностическим обследованием в целях оформления санаторно-курортной карты, за исключением случаев, когда страховая медицинская программа предусматривает санаторно-курортное лечение;
- 6.4 искусственной инсеминацией, экстракорпоральным оплодотворением;
- 6.5 стерилизацией мужчин или женщин, изменением пола;
- 6.6 абортom, кроме аборта, проводимого по медицинским показаниям в соответствии с нормативными актами Министерства здравоохранения Республики Беларусь;
- 6.7 пластической хирургией и иными манипуляциями всех видов с целью исправления косметических дефектов лица, тела, конечностей, улучшением внешнего вида (в т.ч. удаление и лечение рубцов), за исключением случаев прямо оговоренных страховой медицинской программой;
- 6.8 самолечением, аутотренингом;
- 6.9 ортопедическим лечением плоскостопия;
- 6.10 лечением деформированных ногтей конечностей (за исключением случаев воспалительного процесса при вросшем ногте), ониходистрофии;
- 6.11 генетическими обследованиями (в т.ч. молекулярно-биологическими исследованиями, генной диагностикой предрасположенности к заболеваниям) и консультированием;
- 6.12 гемодиализом, гемодиализацией, перитонеальным диализом;
- 6.13 использованием гормональных препаратов с целью контрацепции, средств по контролю над рождаемостью;
- 6.14 приобретением супинаторов, вкладышей для коррекции стопы, костылей, бандажей, очков, контактных линз, слуховых аппаратов, средств дополнительной реабилитации (тренажеры, спортивные снаряды), пластиковых ортезов;
- 6.15 медицинскими услугами или препаратами, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию застрахованного, а не по медицинским показаниям;
- 6.16 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);
- 6.17 плановой хирургической операцией глаза, в связи с катарактой, близорукостью, дальнозоркостью и астигматизмом, за исключением случаев прямо оговоренных страховой медицинской программой;
- 6.18 оказанием высокотехнологичной медицинской помощи (включая сложные медицинские вмешательства), а также трансплантации, эндопротезирования, реконструктивного хирургического лечения, за исключением медицинской помощи конкретного вида и объема, прямо оговоренных в страховой медицинской программе;
- 6.19 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;
- 6.20 приобретением, вне зависимости от целей применения, травяных сборов, биологически активных добавок, гомеопатических средств, витаминов, витаминно-минеральных комплексов, минеральных добавок;
- 6.21 проведением повторных врачебных консультаций, обследований с целью сбора мнений специалистов различных организаций здравоохранения по желанию застрахованного лица;
- 6.22 медикаментозным обеспечением, за исключением:
 - 6.22.1 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;
 - 6.22.2 стационарного лечения, предусмотренного страховой медицинской программой;
- 6.23 плановым терапевтическим и (или) хирургическим стоматологическим лечением, ортодонтическим лечением, зубопротезированием, имплантацией зубов (а также подготовка к зубопротезированию и имплантации), профилактической гигиеной полости рта, за исключением случаев оказания экстренной стоматологической помощи при

острых: пульпите, периодонтите, периостите, перикоронарите, остеомиелите (экстренная стоматологическая помощь не подразумевает постановку пломб, пломбирование каналов, лечение по методике витальной экстирпации, физиотерапевтические процедуры), если иное не предусмотрено данной страховой медицинской программой;

6.24 обследованием нетрадиционными методами: биорезонансная диагностика, иридодиагностика, гемосканирование, прикладная кинезиология, метод Фолля, спектрально-динамический метод, КМСД, компьютерная и нелинейная скрининг-диагностика общей патологии, аурикулодиагностика, дерматоглифика и др.;

6.25 лечением нетрадиционными методами, **если иное не оговорено страховой медицинской программой**: гомеопатия, ароматерапия, апитерапия, фитотерапия, 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, УФОК, гипноз, лечение по методам Суханова, Семеновой, карбокситерапия, ТЭС-терапия, тейпирование и др.;

6.26 обследованием и лечением, которое является экспериментальным или исследовательским;

6.27 обязательным медицинским осмотром с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, в т.ч. профилактической диспансеризацией – консультациями врачей и диагностикой по достижению определенного возраста, если иное не оговорено страховой медицинской программой;

6.28 оплатой части медицинских расходов, превосходящих стоимость медицинских услуг, указанных в прейскуранте цен, утвержденном в установленном порядке организацией здравоохранения;

6.29 обследованием для подготовки к стационарному лечению и оперативному вмешательству в условиях стационара;

6.30 специальным лечением злокачественных новообразований (химиотерапевтическим, лучевым), если иное не предусмотрено данной страховой медицинской программой;

6.31 оказанием медицинских услуг, не предусмотренных объемом медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках страховой медицинской программы.

7 Особые условия:

7.1 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.

7.2 Застрахованное лицо обязано контролировать остатки страховой суммы, отдельных страховых сумм по дополнительным услугам, установленные в договоре страхования в отношении застрахованного лица.

7.3 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.

7.4 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.

7.5 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.

7.6 Посещения гинеколога (в т.ч. гинекологические обследования) приостанавливаются при установлении беременности.

7.7 Договор страхования действует в пределах Республики Беларусь.

8 Организация медицинского обслуживания.

8.1 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.

8.2 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 Страховщика:

- +375 29 3656799 (А1, ВИП-линия),
- +375 33 3656799 (МТС, ВИП-линия),
- +375 17 3004444 (многоканальный)

- +375 29 863 54 71 (МТС)
- +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: suimed.minskcity@bgs.by;
- факс: +375 17 278-55-70.

8.3 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.

8.4 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.

8.5 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).

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

8.7 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.

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

8.9 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.

8.10 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.

8.11 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.

8.12 **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 паспорт или номер карт счета;

- результаты анализов, протоколы обследований (в случае возникновения спорной ситуации, возникшей при отказе специалистом Контакт-центра в организации медицинской услуги).

¹-Под 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.