Правила предоставления услуг по ДМС

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

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

1.3. Основанием предоставления медицинской помощи Застрахованному, направленному в Учреждение из другого ЛПУ, является наличие у такого Застрахованного действующего страхового полиса ДМС (медицинской страховой карточки) Страховщика, направления ЛПУ и гарантийного письма от Страховщика, с предъявлением Застрахованным документа удостоверяющего его личность.

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

1.5. Медицинские услуги оказываются Застрахованным только в порядке  предварительной записи по предъявленным Застрахованными документам, указанным в п.1.1. / п.1.2 / п.1.3.  действующего договора.

1.6. Для получения медицинских услуг Застрахованный, предъявив документы, указанные в п.1.1. / п.1.2 / п.1.3. действующего договора, должен обратиться в регистратуру Учреждения для оформления амбулаторной карты пациента, в которой, после сверки со списками Страховщика, медрегистратором проставляется регистрация и дата.

1.7. После получения Застрахованным медицинских услуг, Застрахованный обязан сдать в регистратуру амбулаторную карту пациента.

1.8. Амбулаторные карты пациентов являются собственностью Учреждения и хранятся в регистратуре.

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

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

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

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

1.13. В случае некорректного поведения Застрахованного (в том числе явка в алкогольном, наркотическом опьянении и т.п.), ему может быть отказано в оказании медицинских услуг. О данном факте Страховщик письменно уведомляется Учреждением.

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

1.15. В случае необходимости плановой госпитализации Застрахованного в стационар, Учреждение выдает Застрахованному такое направление, а выбор стационара и согласование сроков госпитализации осуществляет Страховщик.