

ПРАВИЛА ПРИЕМА ПАЦИЕНТОВ ПО ПОЛИСУ ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ДМС)

1. Все обследования и лечение по полису ДМС проводятся только при наступлении страхового случая строго по назначению врача в соответствии с диагнозом и стандартами оказания медицинской помощи. В других случаях пациент обслуживается за наличный расчет.

Страховыми компаниями не оплачиваются профилактические обращения, приёмы с оздоровительной целью или с целью обследования, скрининг, обследование и лечение хронических заболеваний вне стадии обострения, приемы и исследования, назначенные по желанию пациента.

Для получения справок, оформления санаторно-курортных карт и профилактических осмотров (если они предусмотрены Вашей расширенной программой ДМС) нужно заранее запросить гарантийное письмо в страховой компании.

2. Прием пациентов по ДМС осуществляется при наличии страхового полиса, паспорта или другого документа, удостоверяющего личность пациента, и гарантийного письма от страховой компании или включения в списки прямого доступа в течение срока их действия и в пределах указанного лимита.

Обращаем внимание:

- При отсутствии данных документов администратор вправе отказать пациенту в оказании услуги за счет средств ДМС и может предложить пациенту пройти услугу за наличный расчет.

- По полису ДМС может обслуживаться только сам застрахованный. Его друзья и родственники не могут получать медицинские услуги по его полису.

- Некоторые страховые компании работают по гарантийным письмам (например, ООО «Регион-медсервис», ООО «ДИДЖИТАЛ МЕДИКЭЛ ОПЕРЕЙШНС»). В таких случаях на первичные приёмы пациент заказывает гарантийные письма самостоятельно в страховой компании.

- Если пациент обслуживается по спискам, вместо гарантийного письма на первичный прием необходимо наличие данного пациента в списках своей организации, предоставленных страховой компанией. Гарантийное письмо необходимо лишь на определенные виды услуг, требующие согласования по условиям договора, либо назначенные специалистами сторонней клиники.

3. Запись на приёмы, обследования и процедуры производится заранее, однако оформление происходит в момент обращения. При предварительной записи необходимо сообщать о том, что прием будет по полису ДМС (назвать страховую компанию), также сформулировать цель визита – «по жалобам» или для получения справки, оформления санаторно-курортной карты или иных медицинских документов, так как необходима предварительная проверка возможности получения данных услуг по ДМС.

4. Проверка записи услуг на наличие согласования проводится накануне и/или утром на текущий день. Если пациент записывается на услуги (включая повторные приёмы), обследования и процедуры день в день – необходимо дополнительно уточнить возможность оплаты в рамках ДМС. Также перед

приемом или процедурой пациент может уточнить наличие гарантийного письма от страховой компании на планируемую услугу в клинике (по телефону +7 496 549-33-33).

5. Если пациент не успел пройти согласованные услуги в течение действия гарантийного письма, он должен самостоятельно обратиться в страховую компанию для продления срока его действия.

6. Согласование назначений для пациентов, обсуживающихся по прикреплению (списки), проводит специалист клиники. Обследование необходимо пройти в течение месяца с момента рекомендации врача.

7. Повторный прием оформляется в течение 30 дней с момента первичного осмотра специалиста (согласно п. 4.5 «Положения № 1 о порядке оказания платных услуг в ООО «Вега-М»).

8. Если страховая компания не согласует назначения от врача, пациент вправе оплатить их за счет личных средств либо отказаться от данных услуг.

9. Если пациент хочет пройти в клинике процедуры по назначению специалиста другой клиники, он должен предоставить протокол осмотра врача. Если данный документ не предоставлен, администратор вправе отказать пациенту в оказании услуги за счет средств ДМС.

Доводим до сведения, что в соответствии со стандартной программой страхования:

Страховой случай — это острое заболевание или обострение хронического заболевания, травмы, ожоги, обморожения, отравления (полученные в период действия текущего договора).

Страховым случаем не является обращение Застрахованного в медицинское учреждение по поводу следующих заболеваний/состояний и связанных с ними осложнений, с момента установления диагноза:

1. злокачественные новообразования всех органов и тканей (включая гемобласты) после установки диагноза;
2. врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения; наследственные и генетические заболевания;
3. системные, атрофические, демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы; болезнь Паркинсона и вторичный паркинсонизм; эпилепсия; детский церебральный паралич;
4. расстройства сна; лечение храпа;
5. системные поражения соединительной ткани (включая ревматические болезни), воспалительные полиартропатии (включая ревматоидный артрит); генерализованный остеоартроз, полиостеоартроз; анкилозирующий спондилит (болезнь Бехтерева);
6. венерические болезни; болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) и ВИЧ-ассоциированные заболевания; туберкулез; генерализованные, глубокие и висцеральные формы микозов; особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф), вирусные геморрагические лихорадки;

7. иммунодефицитные заболевания и заболевания, проявляющиеся синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД);
8. психические расстройства и расстройства поведения (включая связанные с ними причинно-следственной связью соматические заболевания и травмы); расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ (алкоголизм, наркомания, токсикомания, никотиновая зависимость и др.), включая соматические болезни, возникшие вследствие употребления указанных веществ;
9. сахарный диабет и осложнения с ним связанные;
10. хронические гепатиты, цирроз печени;
11. заболевания, сопровождающиеся хронической почечной или печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;
12. профессиональные заболевания; заболевания, являющиеся причиной установления инвалидности I – II группы;
13. заболевания, лечение которых требует сложного и (или) реконструктивного оперативного лечения: трансплантации, имплантации, протезирования органов и тканей, пластической хирургии и их осложнения;
14. бесплодие; импотенция; услуги, связанные с планированием семьи: подбор методов контрацепции, введение ВМС, наблюдение за использованием методов контрацепции, удаление ВМС (кроме удаления по медицинским показаниям) и др.;
15. ведение беременности и лечение состояний, связанных с беременностью;
16. недостаточность и избыточность питания (в том числе ожирение); коррекция веса;
17. острая и хроническая лучевая болезнь.

Перечень основных исключений из ДМС может быть дополнен в соответствии с «Программой страхования» конкретных страховых компаний.

Также не являются страховым случаем умышленное причинение застрахованным вреда своему здоровью, в том числе в связи с покушением на самоубийство; получение травматических повреждений в состоянии алкогольного, наркотического или токсического опьянения, при условии, что нахождение в состоянии опьянения явилось непосредственной причиной получения данного повреждения.

Вы можете обратиться в клинику ООО «Вега-М» по полису ДМС, если она указана в перечне медицинских учреждений в Вашем договоре страхования.

Клиника «Вега-М» работает с такими ведущими страховыми компаниями, как:

1. АО «СОГАЗ»
2. АО "АльфаСтрахование"
3. СОАО "ВСК"
4. ПАО СК "Росгосстрах"
5. СПАО "Ингосстрах"
6. ПАО "Группа Ренессанс Страхование"
7. ООО «Лучи здоровья»
8. САО "РЕСО-Гарантия"
9. ООО "Регион-Медсервис"
10. ООО "ДИДЖИТАЛ МЕДИКЭЛ ОПЕРЕЙШНС",
11. АО «ГСК «Югория»
12. ООО "СК "Согласие"
13. ООО «Зетта страхование жизни» и др.

Любую дополнительную информацию вы можете получить по тел.:
8 (496) 549-33-33 8 (916) 733-31-69