**Техническая спецификация**

**Услуги по перестрахованию обязательств по медицинскому страхованию на случай болезни по офису ГУ ТОО СП «Казгермунай».**

**Правила страхования**

**1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ.**

1.1 **Административные расходы** – расходы Страховщика по ведению и администрированию договора страхования.

1.2. **Амбулаторно-поликлинические услуги** – медицинские услуги, не требующие круглосуточного стационарного наблюдения и лечения.

1.3. **Ассистанская компания** – медицинская организация, предоставляющая медицинские услуги Застрахованным, на основании имеющейся государственной лицензии на осуществление медицинской и врачебной деятельности или договорных отношений с Страховщиком и участниками медицинской сети Страховщика (врачи медицинские организации).

1.4. **Врач-специалист** – лицо, имеющее высшее медицинское образование и сертификат по определённой специальности.

1.5. **Выгодоприобретатель-**лицо, которое в соответствии с договором является получателем страховой выплаты (медицинская организация либо Застрахованный).

1.6. **Заболевание** – нарушение нормальной жизнедеятельности организма Застрахованного, обусловленное функциональными или органическими изменениями.

1.7 **Основной застрахованный** – лицо, являющееся работником Страхователя – юридического лица или являющееся Страхователем (физическое лицо).

1.8. **Застрахованные члены семьи**- прямые родственники основного застрахованного: супруг(/а), дети, родители-ограничение по возрасту до 70 лет ( на основании формы здоровья).

1.9. **Медицинская услуга** – список услуг по диагностике и лечению Застрахованных лиц в связи с заболеванием.

1.10. **Медицинские организации** – юридические лица, являющиеся согласно законодательству организациями здравохранения, основной деятельностью которых является оказание медицинской помощи населению (поликлиники, больницы, клиники, диагностические центры, диспансеры, станции скорой медицинской помощи, клиники научно – исследовательских институтов, частные медицинские организации).

1.11. **Медицинская сеть** – список медицинских организаций, врачей и аптек, которые являются участниками медицинской сети, по предоставленным услугам которых Страховщик производит страховые выплаты.

1.11. **Покрываемые расходы** – расходы по оплате медикаментов и медицинских услуг, назначенных Застрахованному.

1.12. **Программа страхования** – перечень медицинских услуг, по которым, осуществляются страховые выплаты.

1.13. **Семейный врач** ( терапевт, педиатр) – лицо, состоящее в трудовых отношениях с медицинской организацией осуществляющее координацию лечебно- диагностического процесса Застрахованным.

1.14.**Страхователь** – лицо, заключившее договор со Страховщиком и оплатившее страховую премию.

1.15. **Страховой случай** – событие, с наступлением которого договор предусматривает осуществление страховой выплаты в связи с заболеванием в периоде острого состояния, обострения хронического процесса, экстренных и неотложных состояниях.

1.16. **Страховая выплата** – сумма денег, выплачиваемая Страховщиком Страхователю ( Выгодоприобретатель) в пределах страховой суммы при наступлении страхового случая.

1.17. **Страховая карточка** – документ, выдаваемый Страховщиком каждому Застрахованному, подтверждающий право его владельца на получение медицинских услуг, предоставляемых участниками медицинской сети.

1.18. **Страховая премия** – сумма денег, которую, которую Страхователь обязан оплатить Страховщику за принятие последним обязательства произвести страховую выплату Страхователю (Выгодоприобретателю), в размере, определённом договором.

1.19. **Страховая сумма** (лимит ответственности) - сумма денег, которая представляет собой предельный объём ответственности Страховщика при наступлении страхового случая.

1.20. **Страховщик** – лицо, осуществляющее страхование, то есть обязанное при наступлении страхового случая произвести страховую выплату Страхователю или иному лицу, в пользу которого заключён договор (Застрахованному, Выгодоприобретателю), в пределах определённой договором страховой суммы ( лимита).

1.21. **Территория страхования** – территория, на которую распространяется страховая защита Страховщика по договору.

1.22. **Участники медицинской сети** – ассистанская компания, медицинские организации, семейные врачи, врачи – специалисты, которые оказывают услуги Застрахованным и/или заключили со Страховщиком специальное соглашение, определяющее условия и порядок предоставления медицинских услуг и (или) медикаментов Застрахованным.

**2. ЗАСТРАХОВАННЫЕ**

2.1. Застрахованные могут быть лица, являющиеся работниками ТОО «СП «Казгермунай», а также члены семей : супруг/супруга, дети и родители , возраст которых не превышает 70 лет.

**3. ИСЧЕРПАНИЕ, ПЕРЕРАСХОД И ПОРЯДОК ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТРАХОВОЙ СУММЫ, ПРЕДУСМОТРЕННОЙ ПРОГРАММОЙ СТРАХОВАНИЯ ПО МЕДИЦИНСКОЙ УСЛУГЕ.**

3.1. Исчерпание и перерасход страховой суммы по одной из медицинских услуг ведет к прекращению обязательств Страховщика по осуществлению страховой выплаты по данной медицинской услуге.

3.2. Дальнейшие расходы по медицинской услуге, по которой страховая сумма, предусмотренная программой страхования, была исчерпана, Страховщиком не возмещаются.

3.3. Возмещение расходов на медицинские услуги, по которым страховые суммы были исчерпаны, за счет страховых сумм по другим медицинским услугам (т.е. перенос лимитов) не допускается.

3.4. Исчерпание страховой суммы по одной из медицинских услуг не влечет за собой прекращения договора.

3.5. Если общая сумма расходов по определенной медицинской услуге превысила размер страховой суммы, предусмотренный программой страхования по данной медицинской услуге, размер такого превышения (перерасход лимита) возмещается Страховщику Страхователем (Застрахованным).

3.6. В случае возникновения такого превышения, Страховщик (медицинская Ассистанская компания) уведомляет Застрахованного (Страхователя) о возникшем перерасходе лимита по телефону, электронной почте и/или письмом, при этом уведомление Застрахованного по телефону считается им полученным. Страхователь или Застрахованный, по программе страхования которого произошел перерасход лимита, обязан в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента уведомления Страховщиком оплатить сумму в размере превышения лимита Страховщику (медицинской Ассистанской компании). В случае неоплаты Страхователем (Застрахованным) суммы перерасхода в указанный период, Страховщик блокирует страховую карточку, т.е. прекращает покрытие медицинских услуг такому Застрахованному до момента полной оплаты суммы перерасхода (при условии страхования членов семьи, это условие распространяется на всю семью).

3.7. В случае если Застрахованный получил медицинскую услугу, не предусмотренную программой страхования, или оказанная медицинская услуга не считается назначенной в соответствии с медицинскими показаниями (ст.5 Правил страхования Раздела III Договора), оплата такой медицинской услуги производится Страхователем (Застрахованным) самостоятельно.

**4. МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ.**

4.1. Медицинские показания - объективные причины и условия для получения медицинских услуг по диагностике лечению заболевания, проистекающие из факта наличия данного заболевания у Застрахованного, его состояния определяемые врачом Ассистанской компании и в соответствии с настоящим договором и программой страхования.

4.2. Медицинские услуги по настоящему договору оказываются в соответствии с показаниями, оговоренными Приказом Министерства здравоохранения РК № 764 от 28 декабря 2007 года «Об утверждении протоколов диагностики и лечения заболеваний».

4.3. Медицинские услуги и медикаменты считаются назначенными семейным врачом/врачом медицинской организации в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты являются необходимыми и достаточными для диагностики и лечения заболевания у Застрахованного.

4.4. Медицинские услуги и медикаменты не считаются назначенными в соответствии с медицинскими показаниями, если данные медицинские услуги и медикаменты, согласно заключению медицинского эксперта Страховщика:

4.4.1. были назначены в целях профилактики;

4.1.2. были назначены не для лечения и диагностики, а исключительно для извлечения материальной выгоды Застрахованным и (или) аптекой, медицинской организацией или врачом;

4.4.3. были назначены в объеме (по интенсивности, количеству или длительности) большем, чем это требуется для проведения курса диагностики и лечения заболевания или травмы;

4.4.4. не являются необходимыми и достаточными для лечения заболевания;

4.4.5. были назначены в рамках эксперимента или научно-исследовательских работ.

4.5. Лечение по медицинским показаниям - это лечение Застрахованного в медицинской организации из списка медицинской сети Страховщика, в случаях экстренного, острого состояния или обострения хронического заболевания

4.6. Лечение по экстренным и неотложным показаниям - лечение Застрахованного в медицинской организации из списка медицинской сети Страховщика в связи с внезапным и непредвиденным заболеванием Застрахованного, которое независимо от степени тяжести больного требуют немедленной диагностической и лечебной деятельности.

4.7. При организации стационарного лечения по экстренным или лечебным показаниям, выбор медицинской организации и отделения осуществляется работником медицинской Ассистанской компании или Страховщика.

4.8. В ходе курса стационарного лечения, Страховщиком покрываются диагностика и лечение, связанное только с основным заболеванием и сопутствующими заболеваниями только по экстренным и неотложным показаниям.

**5. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ.**

5.1. Страховщик организует Застрахованным оказание медицинских услуг, предусмотренных программой страхования настоящего договора посредством ассистанской компании.

5.2. Медицинские услуги, соответствующие выбранной программе страхования, оказываются Застрахованным в ассистанской компании либо в медицинских организациях- входящих в медицинскую сеть. Обеспечение Застрахованных лекарственными средствами осуществляется ассистанской компанией, а при невозможности обеспечения лекарственными средствами непосредственно ассистанской компанией в любых договорных аптек.

5.3. При получении медицинских услуг в медицинской организации-участнике медицинской сети, Застрахованный подтверждает своей подписью (на бланке направления, на рецептурном бланке - при получении лекарств.

5.4. Страховщик имеет право вносить изменения в список участников медицинской сети с последующим уведомлением об этом Страхователя. Страхователь имеет право в любое время запрашивать у Страховщика изменения в списке участников медицинской сети.

5.5. В случае если на момент исключения медицинской организации из списка участников медицинской сети, Застрахованный уже получил медицинскую услугу в этой медицинской организации, или еще продолжает получать курс лечения и для завершения лечения требуется время, Страховщик оплачивает такие медицинские услуги, но не более одного календарного месяца с момента получения Страхователем уведомления.

5.6. *Условия оказания медицинских услуг Застрахованным:*

5.6.1. Медицинская помощь Застрахованным оказывается при предъявлении индивидуальной страховой карточки, документа удостоверяющего личность Застрахованного или свидетельства о рождении, при необходимости оказания медицинской помощи детям до 15 лет.

5.6.2. Врачу-специалисту, представителю медицинской организации, аптеки, входящих в список участников медицинской сети, для получения медицинской помощи предъявляются: документы, указанные в п.5.6.1. настоящей статьи и соответствующий документ Ассистанской компании (направление, рецепт, назначение) от семейного врача/врача. Непредоставление данных документов возможно лишь при оказании экстренной либо неотложной медицинской помощи.

5.6.3. Выезд бригады скорой медицинской помощи Ассистанской компании осуществляется в пределах населенного пункта, где находится клиника Ассистанской компании, а так же в пределах 10 километров от административных границ данного населенного пункта.

5.6.4. Медицинские услуги Застрахованным оказываются Ассистанской компанией, либо медицинской организацией-участником медицинской сети Страховщика по направлению врача Ассистанской компании. Отступление от этого правила, возможно лишь в случае необходимости оказания Застрахованному лицу экстренной и неотложной медицинской помощи, либо невозможности оказания медицинской помощи Ассистанской компанией самостоятельно.

5.6.5. В случае, если медицинский работник обнаружит нарушение Застрахованным условия настоящего Договора о запрете передачи страховой карточки третьим лицам, Страховщик имеет право до выяснения всех обстоятельств прекратить обслуживание и страховые выплаты в отношении данного Застрахованного.

5.6.6. Отказ от медицинской помощи и госпитализации Застрахованному ребенку, возраст которого не превышает 15 лет, могут написать только родители, указанные в свидетельстве о рождении или лица, имеющие официальное право на его опеку, подтвержденное документально.

5.7. *Порядок оказания экстренного и неотложного лечения Застрахованным*:

5.7.1. Застрахованный вызывает бригаду неотложной медицинской помощи ассистанской компании, посредством обращения в диспетчерскую службу по телефону, указанному на страховой карточке.

5.7.2. В случае, если Застрахованному необходимо оказание экстренной стационарной медицинской помощи, он подлежит госпитализации в медицинскую организацию, входящую в медицинскую сеть данного договора.

5.8. *Порядок оказания стационарного лечения:*

5.8.1. Застрахованный вызывает бригаду скорой медицинской помощи по телефону, указанному на страховой карточке. В случае, если Застрахованному необходимо оказание стационарной медицинской помощи, он подлежит госпитализации в медицинскую организацию, входящую в список участника медицинской сети.

5.8.2. В случае экстренного обращения в стационар, не входящий в медицинскую сеть, страховые выплаты будут производиться в течение 48 часов с момента поступления в стационар. Решение о продолжении покрытия услуг в данном стационаре будет приниматься страховщиком.

5.8.3. Для получения плановой стационарной медицинской помощи, Застрахованный обращается к семейному врачу, через диспетчерскую службу, по номеру телефона, указанному в страховой карточке.

5.8.4. Семейный врач производит первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого:

5.8.4.1. выдает Застрахованному направление на госпитализацию в случае, если вопрос о необходимости госпитализации может быть решен семейным врачом самостоятельно, либо;

5.8.4.2. направляет Застрахованного к врачу – специалисту для решения вопроса о необходимости госпитализации;

5.8.4.3. Срок действия направления, выписанного семейным врачом/врачом-специалистом Страховщика, составляет 3 (три) рабочих дня (72 часа);

5.8.4.3.1. Врач – специалист, являющийся работником Ассистанской компании, определив необходимость его госпитализации, выдает Застрахованному лицу направление на госпитализацию на бланке ассистанской компании.

5.9. *Порядок оказания амбулаторного лечения:*

5.9.1. Застрахованный обращается к семейному врачу или состоящему в штате Ассистанской компании врачу-специалисту через диспетчерскую службу по номеру телефона, указанному на страховой карточке.

5.9.2. Семейный врач осуществляет первичный осмотр Застрахованного, по результатам которого назначает лечение самостоятельно, либо направляет Застрахованного к врачу – специалисту.

5.10. Настоящим договором установлен следующий порядок оказания стоматологических услуг:

5.10.1. При первом обращении к врачу-стоматологу на Застрахованного клиента оформляется медицинская карта стоматологического больного по форме №043/У с указанием зубной формулы, с дальнейшим предоставлением Ассистанской компании или врачу – специалисту Ассистанской компании.

5.10.2. Если иное не оговорено программой страхования или дополнительным соглашением сторон, договором покрываются следующие стоматологические услуги:консультация: врачей-стоматологов: терапевта, хирурга; рентгенография, радиовизиография по показаниям (прицельные снимки); оказание полного спектра услуг при «острой боли», включая хирургическую помощь; анестезия: аппликационная, инфильтрационная, проводниковая; лечение поверхностного, среднего и глубокого кариеса с использованием химических и светоотверждаемых пломбировочных материалов включая все виды прокладок; лечение острого и хронического пульпита; острого и хронического периодонтита и в фазе обострения; механическая и медикаментозная обработка и пломбирование зубных каналов (с использованием гуттаперчевых штифтов, термофила); удаление зубов по медицинским показаниям (кроме ретенированных и дистопированных); разрезы при периоститах, периодонтитах, вскрытие абсцессов, иссечение слизистого «капюшона».

5.10.3. Застрахованный имеет право обратиться к врачу-стоматологу Ассистанской компании (стоматологический кабинет), в рамках Программы страхования, но не свыше установленного лимита.

5.11. Настоящим договором установлен следующий порядок обеспечения Застрахованного лекарственными средствами:

5.11.1. Выдача лекарственных средств при амбулаторном лечении производится на основании рецепта или назначения, выписанного семейным врачом или штатным врачом-специалистом Ассистанской компании соответственно лекарственному формуляру, утвержденному медорганизацией, и производится в собственных пунктах выдачи медикаментов Ассистанской компании.

5.11.2. В случае, если необходимых лекарственных средств в пунктах выдачи медикаментов Ассистанской компании не оказалось, Застрахованный имеет право приобрести лекарственные препараты в любой договорной сети аптек.

5.11.3. Срок действия рецепта или назначения, составляет 3 суток (72 часа) с момента его выписки. В исключительных случаях, иной срок действия рецепта или назначения устанавливается семейным врачом или врачом-специалистом.

5.12. Если программой страхования предусмотрена дополнительная программа зарубежного страхования, то договором установлен следующий порядок оформления полиса Застрахованным:

5.12.1. При необходимости медицинского страхования за пределами РК, Страхователь в срок не позднее 1 (одного) рабочего дня до предполагаемой поездки, обращается к Страховщику с официальной заявкой по установленной Страховщиком форме. К заявлению прилагается копия паспорта Застрахованного, и, в случае служебной поездки, копия приказа о направлении Застрахованного в командировку.

5.12.2. Условия страхования при выезде за пределы РК полностью регулируются правилами, оговоренными в договоре (полисе) страхования лиц, выезжающих за рубеж.

**6. ОТКАЗ В СТРАХОВОЙ ВЫПЛАТЕ.**

6.1. Решение об отказе в страховой выплате принимается Страховщиком на основании проведенной экспертизы соответствия полученных медицинских услуг по договору страхования.

6.2. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, и/или расторгнуть договор в отношении Застрахованного (исключить из Списка Застрахованных) или оставляет за собой право расследования данных обстоятельств и доведения их до сведения руководства Страхователя, если Страхователь (Застрахованный):

6.2.1. получил медицинские услуги, не предусмотренные договором и программой страхования;

6.2.2. получил медицинские услуги, не имеющие медицинских показаний;

6.2.3. сообщил искаженные сведения о здоровье Застрахованного на момент заключения договора;

6.2.4. своевременно не известил о наступлении страхового случая;

6.2.5. имел возможность в порядке, установленном действующим законодательством РК, но не представил Страховщику в установленный договором срок документы и сведения, необходимые для установления причин, характера страхового случая и его связи с наступившим результатом, или представил заведомо ложные доказательства;

6.2.6. совершил неправомерные действия (такие как: передача страховой карточки третьим лицам с целью получения ими медицинских услуг; предоставление фиктивных документов, фальсификация документов, необоснованные вызовы семейных врачей и врачей скорой помощи) либо непозволительное, неэтичное поведение в отношении персонала Страховщика, медицинских работников и/или третьих лиц;

6.2.7. невыполнение врачебных назначений, несоблюдение больничного режима и отказ от госпитализации, что подтверждается заключением врача (выпиской из амбулаторной карты, отказом от госпитализации или иными медицинскими документами), внутренних норм и правил медицинского учреждения.

6.2.8. Страховщик имеет право отказать в осуществлении страховой выплаты, если Страхователь (Застрахованный) получил медицинскую помощь в медицинском учреждении, либо у врача, не входящих в медицинскую сеть, за исключением случаев, предусмотренных п. 5.6.4. и п. 5.8.2.

6.3. Любые расходы на медицинские услуги, осуществленные без направления семейного врача/врача –Ассистанской компании не возмещаются Страховщиком.

**7.ДОПОЛНИТЕЛЬНОЕ ВКЛЮЧЕНИЕ, ДОСРОЧНОЕ ИСКЛЮЧЕНИЕ И ЗАМЕНА ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ.**

7.1. Дополнительное включение, досрочное исключение, а также замена Застрахованного совершается по соглашению сторон и оформляется по заявке уполномоченного лица Заказчика. Основанием для дополнительного включения и досрочного исключения Застрахованного является Форма заказа карточек, заполненная Страхователем.

7.2. В случае если Застрахованный, исключаемый из списка Застрахованных лиц, не пользовался медицинскими услугами, предоставляемыми в соответствии с договором, и страховые выплаты по нему не производились, то его замена другим Застрахованным производится автоматически без осуществления сторонами каких - либо расчетов .

7.3. Застрахованный, внесенный в список Застрахованных лиц в порядке автоматической замены, пользуется медицинскими услугами в полном объеме и в пределах, установленных Программой страхования.

7.4. При дополнительном включении основного Застрахованного в договор на срок страхования менее срока страхового периода по договору, страховая премия оплачивается пропорционально количеству дней, оставшихся до завершения срока страхования по договору.

7.5. При досрочном исключении Застрахованного лица из списка Застрахованных лиц, когда данному Застрахованному лицу медицинские услуги не оказывались и возмещение расходов не осуществлялось, и его замена другим Застрахованным лицом не производилась автоматически, Страховщик возвращает Страхователю часть страховой премии, оплаченной за данного Застрахованного лица, пропорционально количеству дней, оставшихся до завершения срока страхования. При этом возврат части страховой премии Страхователю осуществляется Страховщиком в течение 15 (пятнадцати) календарных дней после поступления Страховщику письменного заявления Страхователя.

7.6. При досрочном исключении Застрахованного из списка Застрахованных, в случаях, когда по данному Застрахованному осуществлялись страховые выплаты, страховая премия, начисленная за период за данного Застрахованного, возврату не подлежит.

**8. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН**

8.1. Страхователь вправе:

8.1.1. досрочно расторгнуть договор;

8.1.2. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;

8.1.3. с согласия Страховщика застраховать дополнительное количество лиц на условиях договора, оплатив за них дополнительную страховую премию;

8.1.4. оспорить в порядке, установленном законодательством РК, решение Страховщика об отказе в осуществлении страховой выплаты или уменьшении ее размера;

8.1.5. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора;

8.2. Страхователь обязан:

8.2.1. оплатить страховую премию в размере, порядке и сроки, определенные договором;

8.2.2. предоставлять Страховщику необходимую достоверную информацию, касающуюся Застрахованного и состояния его здоровья;

8.2.3. предоставить Страховщику Форму заказа карточек и список Застрахованных лиц (в срок не позднее 10 рабочих дней со дня оформления (регистрации) договора);

8.2.4. уведомлять Страховщика о наступлении страхового случая в сроки установленные договором;

8.2.5. заботиться о сохранности договора, страховой карточки и не передавать их другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг;

8.2.6. предоставить Страховщику возможность разместить информацию об условиях договора страхования, о Страховщике и страховых продуктах Страховщика на сайте, информационных щитах и внутренних корпоративных периодических изданиях.

8.2.7. ознакомить Застрахованных с условиями страхования, правами и обязанностями по договору с целью соблюдения Застрахованными требований условий договора,

8.2.8. незамедлительно уведомить Страховщика о принятом решении о исключении Застрахованного из списка Застрахованных;

8.2.9. подать письменную заявку (письмом, факсом или e-mail), произвести оплату за переоформление страховой карточки в случае ее повторной утери в течение 7 (семи) рабочих дней со дня повторного переоформления страховой карточки;

8.2.10. обеспечить соблюдение Застрахованными условий договора, норм и правил регламентирующих внутреннюю деятельность медицинских учреждений и порядок оказания ими медицинских услуг;

8.2.11. оказывать содействие Страховщику в истребовании с Застрахованных сумм задолженностей, возникших в результате действий Застрахованного, подлежащих оплате Страховщику Страхователем (Застрахованным) в соответствии с договором.

8.2.12. обязанность по представлению документов, подтверждающих наступление страхового случая, возлагается на Страхователя (Застрахованного).

8.2.13. Страхователь несет ответственность перед Страховщиком в части исполнения договора, а также за лиц, являющихся по договору Застрахованными.

**8.3. Застрахованный вправе:**

8.3.1. требовать от Страховщика разъяснения условий страхования, порядка предоставления медицинских услуг;

8.3.2. получить дубликат страховой карточки в случае их утери в первый раз – бесплатно;

8.3.3. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора.

**8.4. Застрахованный обязан:**

8.4.1. дать согласие врачам, медицинским организациям и иным уполномоченным лицам выдавать Страховщику по его запросу необходимые для расследования обстоятельств наступления страхового случая документы (справки, заключения и т.д.);

8.4.2. при повторной утере страховой карточки – оплатить стоимость карточки в размере 500 тенге за свой счет;

8.4.3. соблюдать врачебные назначения и больничный режим, следовать указаниям семейных, обследующих и лечащих врачей и врачей-специалистов;

8.4.4. обращаться в медицинские организации медицинской сети;

8.4.5. при обращении к врачам и (или) участникам медицинской сети предъявлять страховую карточку и документ, удостоверяющий личность Застрахованного лица;

8.4.6. не передавать страховую карточку другим лицам, с целью получения ими медицинских услуг;

8.4.7. освободить врачей медицинских организаций от обязательств конфиденциальности перед Страховщиком в части, касающейся страхового случая;

8.4.8. произвести оплату за переоформление страховой карточки в случае ее повторной утери в течение 7 (семи) рабочих дней со дня повторного переоформления страховой карточки;

8.4.9. передать Страховщику всю информацию, включая медицинские и другие документы, имеющие отношения к страховому случаю, необходимые Страховщику для выяснения всех обстоятельств, связанных со страховым случаем.

**8.5. Страховщик вправе:**

8.5.1. проводить медицинское обследование Застрахованного лица врачами, назначенными Страховщиком;

8.5.2. запрашивать у соответствующих государственных органов и медицинских организаций, исходя из их компетенции, информацию о состоянии здоровья Застрахованного;

8.5.3. проверять полученную от Страхователя и Застрахованного информацию, а также выполнение Страхователем требований и условий договора;

8.5.4. проверять обстоятельства и причины наступления страхового случая;

8.5.5. запросить историю болезни и любые другие медицинские сведения о Застрахованном лице в медицинской организации, оказывающей Застрахованному медицинские услуги, направлять запросы в соответствующие медицинские организации и иные организации по факту наступления страхового случая;

8.5.6. заблокировать действие страховой карточки в случаях превышения страховой суммы, предусмотренной программой страхования по медицинской услуге (перерасхода лимита), до дня поступления оплаты превышения лимита (пункт 3.6 );

8.5.7. отказать в осуществлении страховой выплаты и/или расторгнуть договор в отношении Застрахованного в случае, если обнаружится, что Страхователь при заключении договора сообщил заведомо недостоверные сведения о Застрахованном и состоянии его здоровья, а также, если Страхователь (Застрахованный) передал договор и (или) страховую карточку Застрахованного другому лицу с целью получения медицинских услуг;

8.5.8. контролировать объем, сроки оказания Застрахованному лицу медицинских услуг в медицинской организации, в которой Застрахованный в соответствии с договором имеет право получать медицинские услуги.

**8.6. Страховщик обязуется:**

8.6.1. ознакомить Страхователя (Застрахованных) с условиями страхования, включая проведение ознакомительных презентаций, не реже 2-х раз за период страхования;

8.6.2. при наступлении страхового случая, в течение 20 -ти рабочих дней со дня получения всех документов, указанных в п. 6.3. и 6.4. Раздела II настоящего Договора, осуществить страховую выплату в размере и порядке, предусмотренными настоящим договором либо представить мотивированный отказ в страховой выплате. В случае непредставления Страхователем или Застрахованным документов, предусмотренных п. 6.3. и 6.3. Раздела II настоящего Договора, незамедлительно, но не позднее трех рабочих дней, письменно уведомить его о недостающих документах;

8.6.3. при наступлении медицинского случая осуществить оказание медицинских услуг и возмещение покрываемых расходов в размере, порядке и сроки, предусмотренные настоящим договором;

8.6.4. произвести оформление и бесплатно однократное переоформление страховой карточки в случае ее утери Застрахованным в течение 7 (семи) рабочих дней со дня подписания договора;

8.6.5. обеспечить тайну страхования, в том числе, касающейся разглашения сведений о состоянии здоровья Застрахованного.

8.6.6. Сведения, полученные Сторонами в ходе заключения Договора и/или его исполнения, являются конфиденциальными и не подлежат разглашению третьим лицам без согласия на то другой Стороны.

**9. ИСКЛЮЧЕНИЯ ИЗ СТРАХОВЫХ СЛУЧАЕВ И ОГРАНИЧЕНИЕ СТРАХОВАНИЯ**

9.1. Страховщик не несет обязательства по осуществлению страховой выплаты по следующим расходам Страхователя и (или) Застрахованного:

9.1.1. медицинским расходам, связанным с лечением следующих заболеваний:

9.1.2. хронических заболеваний в стадии ремиссии (отсутствия обострения);

9.1.3. заболевания, входящие в перечень социально значимых заболеваний и заболеваний представляющие опасность для окружающих, утвержденные приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 367 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и заболеваний, представляющих опасность для окружающих»: туберкулез, болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита, человека и носители вируса иммунодефицита человека; вирусный гепатит B, C; злокачественные новообразования; сахарный диабет; психические расстройства и расстройства поведения; детский церебральный паралич; инфаркт миокарда (первые шесть месяцев); ревматизм; системные поражения соединительной ткани; наследственно-дегенеративные болезни центральной нервной системы; демиелинизирующие болезни центральной нервной системы;

9.1.4. болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека и носители вируса иммунодефицита человека; конго-крымская геморрагическая лихорадка, в том числе геморрагическая лихорадка с почечным синдромом; дифтерия; менингококковая инфекция; полиомиелит; инфекции, передающиеся преимущественно половым путем; лепра; малярия, сибирская язва (легочная форма), туберкулез, холера, чума, брюшной тиф, вирусный гепатит А; расходы, связанные с диагностикой и лечением инфекционного заболевания, вызванного вирусом Эпштейна — Барр; расходы, связанные с психическим расстройством и расстройством поведения

9.1.5. инфекционные заболевания: оспа, полиомиелит (вызванный диким полиовирусом), желтая лихорадка, лихорадка Ласа, болезнь, вызванная вирусом Марбург, болезнь, вызванная вирусом Эбола, лихорадка Западного Нила, лихорадка Денгe, лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт), менингококковая инфекция, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, бешенство, туляремия, бруцеллез, ящур, малярия, носительство возбудителей дифтерии, столбняк и паратифы А, В, внутриутробные инфекции;

9.1.6. эндокринные заболевания: сахарный диабет I и II типа и его последствия, несахарный диабет; феохромоцитома, Аддисонова болезнь; гипофизарный нанизм, хронический гипокортицизм; гиперкортицизм , гипопитуитаризм, инсулома, ожирение, тиреоидиты (аутоиммунный зоб, де Кервена, гнойный), диффузно-токсический зоб;

9.1.7. врожденных пороков сердца, врожденных пороков развития ЛОР- органов и аденоидные вегетации 2-3 степени ( аденоиды), требующие оперативного лечения, и другие врожденные аномалии развития;

9.1.8. заболевания мочеполовой системы: кистозное поражение почек; хроническая почечная недостаточность 2-3 ст., амилоидоз почек, нефроангиосклероз, гидронефроз, врожденные аномалии развития почек и мочевыводящих путей, энурезы любого происхождения, хронические гломерулонефриты;

9.1.9. заболевания желудочно-кишечного тракта: неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, цирроз печени, хронические гепатиты, за исключением персистирующего гепатита;

9.1.10. бронхиальная астма, гормонозависимые хронические обструктивные болезни легких (ХОБЛ);

9.1.11. заболевания центральной нервной системы: гепато-церебральная дистрофия (болезнь Вильсона-Коновалова), последствия острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК), демиелинизирующие заболевания; ранняя и поздняя реабилитация (до 1 месяца) острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)

9.1.12. заболевания сосудов: аневризма, болезнь Такаясу (неспецифический аортоартериит), болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит, эндоартериит), геморрагический васкулит, синдром Вегенера; варикозное расширение вен нижних конечностей 2-3 степени, требующее хирургического лечения;

9.1.13. хронические кожные заболевания: псориаз, нейродермит, аллопеция, врожденный ихтиоз, витилиго, угревая сыпь (АКНЕ), демодекоз кожи;

9.1.14. диффузные болезни соединительной ткани (ДБСТ); дерматомиозит, синдром Шегрена, системная склеродермия, синдром Шарпа, болезнь Рейтера, ревматизм; ревматоидный артрит; системные васкулиты: гранулематоз Вегенера, узелковый периартериит; болезнь Бехтерева, СКВ (системная красная волчанка);

9.1.15. заболевания двигательного аппарата: остеопорозы, хронические остеомиелиты, деформирующие артрозы с нарушением функции суставов III степени; плоскостопие (хирургическое лечение), асептический некроз (хирургическое лечение, протезирование), нарушение осанки, сколиоз;

9.1.16. офтальмология: консервативное, аппаратное и хирургическое лечение амблиопии, миопии (за исключением очковой коррекции), синдром «сухого глаза», аппаратное лечение спазма аккомодации, хирургическое лечение катаракты, хирургическое лечение глаукомы. Консервативное и хирургическое лечение патологии глазодвигательного аппарата, отдаленные последствия травм глаза, биостимуляция глазного яблока, расходы, связанные с хирургической коррекцией зрения аппаратным лечением близорукости, косоглазия, спазма аккомодации, отдаленных последствий травм глаза в виде отслойки сетчатки, в том числе с применением лазера, массажем век и биостимуляцией глазного яблока.

9.1.17. доброкачественные и злокачественные новообразования и лечение их последствий и осложнений.

9.2. медицинским расходам, связанным с лечением медицинских состояний, вызванных или связанных с инвалидностью I,II,III групп.

9.3. заболевания, связанные с постинфарктным кардиосклерозом с давностью менее 5 (пяти) лет.

9.4. медицинские расходы, связанные с диагностикой у Застрахованного заболеваний, указанных в статье - 9 , покрываются Страховщиком только до момента установления диагноза.

9.5. медицинским расходам, связанным с пластической и реконструктивной (восстановительной) хирургией по лечебным показаниям, за исключением пластики носовой перегородки в острый период травмы.

9.6. медицинским расходам, связанным с любыми видами косметологического лечения и другими видами лечения, связанными с устранением недостатков внешности или телесных аномалий, включая ринопластику с косметической и лечебной целями, за исключением необходимости ее проведения при острых травмах.

9.7. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явилось алкогольное, наркотическое или токсическое опьянение Застрахованного.

9.8. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились умышленные действия Застрахованного, направленные на наступление страхового случая, включая попытки самоубийства; а также иные действия Застрахованного, признанные умышленными преступлениями или административными правонарушениями в порядке, установленном законодательными актами, находящимися в причинной связи со страховым случаем.

9.9. медицинским расходам, связанным с лечением заболеваний и травм, причиной возникновения которых явились воздействие радиации острая и хроническая лучевая болезнь; лучевая катаракта; лучевые дерматит и ожоги; лучевой гипотиреоз; лучевой аутоиммунный тиреоидит) военные действия, гражданская война, народные волнения всякого рода, массовые беспорядки или забастовки, стихийные бедствия и др.

9.10. медицинским расходам, связанным с прохождением медицинской комиссии (медицинским обследованием) для поступления на учебу, в детские дошкольные и школьные учреждения, на работу или воинскую службу, для участия в спортивных мероприятиях, для получения разрешения на въезд в другое государство, для получения разрешения на управление транспортным средством, ношение оружия, для получения отсрочки или освобождения от воинской службы, для получения справок на посещение спортивных (оздоровительных) организаций, мероприятий.

9.11. медицинским расходам, связанным с любого рода протезированием, трансплантацией и имплантацией органов и тканей, их последствия и послеоперационное наблюдение, кроме трансплантации кожи при ожогах с целью спасения жизни Застрахованного.

9.12. медицинским расходам, с лечением аппаратом «Тонзиллор» в ЛОР практике, Застрахованных после экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), медицинским расходам, связанным с экстракорпоральными методами лечения (плазмаферез, гемосорбция, кроме случаев, когда данный метод является единственным для спасения жизни Застрахованного, УФО крови), а также с гипербарической оксигенацией (ГБО), кишечным орошением и жемчужными и другими ваннами.

9.13. медицинским расходам, связанным с гемодиализом и гемосорбцией, за исключением 3-х сеансов, в случае острой почечной недостаточности, по назначению семейного врача/врача.

9.14. медицинским расходам, связанным с первичной и повторной диагностикой и лечением и контрольным обследованием после лечения заболеваний, передающихся половым путем (ИППП): гонорея, сифилис, шанкроид, паховая гранулема, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, цитомегаловирусная инфекция, генитальный герпес, уреаплазмоз, кандидоз (молочница), остроконечные кандиломы, вызываемые папилломавирусом человека, контагиозный моллюск, фтириаз (лобковый педикулез), чесотка.

9.15. обследованием и лечением грибковых заболеваний;

9.16. обследованием и лечением паразитарных заболеваний; медицинским расходам, связанным с диагностическими исследованиями методом ИФА, ПЦР и РИФ (за исключением 5-ти маркёров за период страхования) если иное не установлено Программой страхования.

9.17. медицинским расходам, связанным с проведением плановой коронарографии и компьютерной коронарографии.

9.18. медицинским расходам, связанными с гомеопатическим лечением, иглорефлексотерапией, бальнеотерапией (грязелечением), гипербарической оксигенацией, мануальной терапией, массажем.

9.19. нетрадиционной диагностикой и лечением: энергоинформационная система оздоровления, бальнеотерапия, механотерапия, тракционное лечение, аппаратный лимфодренаж, лечение на аппаратах «Андрогин» и «Сургидрон», методы народной медицины (целительства), лечебно-оздоровительные бассейны.

9.20. медицинским расходам, связанным с проведением ангиографии, а также хирургическими вмешательствами на сердце и сосуды сердца (аорто-коронарное шунтирование, стентирование, установка искусственного водителя ритма, операции по протезированию клапана сердца и т.д.);

9.21. медицинским расходам, связанным с диагностикой, лечением бесплодия, нарушением потенции, лечением и диагностикой климактерического синдрома, эрозии шейки матки, нарушением менструального цикла, аменореей, поликистозом яичников, синдромом истощения яичников;

9.22. медицинским расходам по проведению урологического массажа (ручного и аппаратного), за исключением урологического массажа с диагностической целью;

9.23. медицинским расходам, связанным с услугами психолога, психотерапевта, логопеда, андролога, диетолога и врача ЛФК;

9.24. медицинским расходам, связанным с услугами по планированию семьи;

9.25. расходам, связанным с приобретением косметических и гигиенических средств, средств ухода за больными, контрацептивных средств, пищевых биологически-активных добавок (БАД), биологических препаратов, гомеопатических препаратов, витаминов, статинов, хондропротекторов, иммуннокоррегирующих препаратов, фитопрепаратов, лекарственных средств, не разрешенных к применению в РК в порядке, предусмотренном законодательством, изделий немедикаментозные средства медицинского назначения, кроме шприцов, систем, венозных катетеров, а также медицинских расходов, связанных с лечением осложнений, вызванных применением таких лекарственных средств;

9.26. медицинским расходам, связанным с приобретением противогрибковых препаратов, за исключением дисбактериоза кишечника;

9.27. медицинским расходам, связанным с покупкой новых или ремонтом старых слуховых аппаратов, оправ и контактных линз;

9.28. медицинским расходам, связанным с приобретением протезно-ортопедических изделий;

9.29. медицинским расходам, связанным с хирургическим изменением пола;

9.30. медицинским расходам, связанным с коррекцией веса и фигуры, лечением ожирения и дистрофии;

9.31. медицинским расходам, связанным с диагностикой на аппарате Юникап, проведением аллергодиагностических проб и лечением аллергических заболеваний методом специфической гипосенсибилизации;

9.32. медицинским расходам, связанным с наблюдением беременности и родов, если иное не предусмотрено Программой страхования или не оговорено дополнительным соглашением сторон. В случае включения в Программу страхования услуги наблюдения беременности и родов, не возмещаются расходы, связанные с наличием у беременной резус-отрицательной крови с сенсибилизацией, анемии средней и тяжелой степени, порока сердца, гидронефроза, хронического гломерулонефрита, единственной почки, с беременностью в сочетании с миомой матки (множественная миома, больших размеров), наличием в анамнезе туберкулеза, беременности с артериальной гипертензией, тяжелым гестозом, отягощенного акушерского анамнеза, невынашивания: замершая беременность 2 и более, преждевременные роды 2 и более, мертворождение 2 и более, а также расходы, связанные с ЛФК; дыхательной дородовой гимнастикой (вне зависимости от специалиста, проводящего данную услугу); дородовой гимнастикой, включающей физические упражнения; психопрофилактическую подготовку к родам (вне зависимости от специалиста, проводящего данную услугу); упражнениями по релаксации во время беременности; акватической подготовкой и водным ребефингом.;

9.33. медицинским расходам, связанным с санаторно-курортным лечением, если иное не оговорено дополнительным соглашением сторон;

9.34. патронажем ребенка до 1 года, если эта услуга не входит в программу страхования или иное не оговорено дополнительным соглашением сторон;

9.35. в других случаях, предусмотренных законодательными актами РК;

9.36. не возмещаются медицинские расходы, связанным с наблюдением беременности и родам (если эта услуга входит в программу страхования); связанным с наблюдением беременности после ЭКО (экстракорпоральное оплодотворение), с наличием резус-отрицательной крови с сенсибилизацией, с проведением стерилизации или прерыванием беременности, за исключением случаев, когда удаление плода необходимо для спасения жизни матери или угрожает ее здоровью;

9.37. не покрываются расходы по эвакуации (если эта услуга входит в программу страхования), не связанной с экстренным медицинским состоянием Застрахованного;

9.38. Медицинские расходы, связанные с технологией высокоспециализированной медицинской помощью согласно Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2013 года № 750 «Об утверждении Перечня технологий высокоспециализированной медицинской помощи по профилям».

**10.ТРЕБОВАНИЯ К ИСПОЛНИТЕЛЮ**

10.1. Государственная лицензия на право осуществления деятельности в области добровольного медицинского страхования (приложить оригинал и/или нотариально засвидетельствованную копию).

10.2. Договор с Ассистансом (приложить оригинал и/или нотариально засвидетельствованную копию).

10.3. Наличие собственных медицинских центров с квалифицированным медицинским персоналом, в том числе врачей-специалистов узких профилей, с оказанием амбулаторно-поликлинической помощи с шестидневной рабочей неделей (с понедельника по субботу), с окончанием рабочего дня не ранее 20.00 ч. времени Астаны (приложить оригинал и/или нотариально засвидетельствованную копию договора).

10.4. Наличие в штате организации профессоров медицины в количестве не менее 2-х человек.

10.5. Наличие в штате организации кандидатов наук в количестве не менее 5 человек.

10.6. Наличие парка машин скорой помощи не ранее 2011 года выпуска и предоставление их в рабочие, праздничные и выходные дни в любое время при обращении застрахованного (оригинал и/или нотариально засвидетельствованная копия договора аренды и/или купли-продажи, либо иных подтверждающих документов);

10.7. Наличие службы дежурных врачей в ночное время, в праздничные и выходные дни (приложить оригинал и/или нотариально засвидетельствованную копию подтверждающего документа).

10.8. Наличие у Поставщика заключенных договоров напрямую с медицинскими учреждениями в регионах РК, входящими в сеть медицинских учреждений Поставщика (приложить оригинал и/или нотариально засвидетельствованную копию договора).

10.9. Наличие регионального представительства компании во всех областных центрах РК и гг. Астана и Алматы.

10.10. Нормативные требования оказания услуг (выполнения работ) – оказываемые услуги должны соответствовать требованиям, устанавливаемым в соответствии законодательством Республики Казахстан к предмету настоящей закупки.

**11. Спецификация**:

11.1. Объектом добровольного медицинского страхования является не противоречащий законодательству РК имущественный интерес Застрахованного лица, связанный с затратами на получение медицинских и иных услуг при возникновении страхового случая.

11.2. Страховым случаем является документально подтвержденное обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение, сервисную компанию и/или иное учреждение за медицинскими и/или иными услугами по поводу ухудшения состояния здоровья в результате острого заболевания, обострения хронического заболевания, травмы, отравления и иных состояний, требующих оказания медицинской помощи.

11.3. Страховщик при наступлении страхового случая принимает на себя обязанности по организации и оплате медицинских и иных услуг.

**12. Виды услуг:**

12.1. Программа страхования на 743 человека должна предусматривать возможность получения медицинской помощи по следующим видам медицинских услуг:

12.1.1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание.

12.1.2. Экстренное стационарное лечение/планово – стационарное лечение

12.1.3. Проведение вакцинации против гриппа.

12.1.4. Реабилитационно-восстановительное лечение.

12.1.5. Обеспечение лекарственными препаратами по рецептам врачей, в том числе при амбулаторном лечении.

12.1.6. Программы корпоративного здоровья (профилактические программы).

12.1.7. Ежегодный обязательный медицинский осмотр

12.1.8. Наблюдение беременности и родовспоможение, согласно схеме наблюдения

**13. Требования к качеству, безопасности работ и/или услуг**

13.1. Страховщик обязан контролировать качество оказываемой Застрахованному медицинской помощи в лечебно-профилактическом учреждении, в соответствии с выбранной Страховой программой.

13.2. В случае, если здоровью Застрахованного будет причинен ущерб лечебно- профилактического учреждения, оказывающим услуги по программе добровольного медицинского страхования, Страховщик оказывает необходимое содействие в защите прав Застрахованного и, при необходимости, в предъявлении соответствующего судебного иска к лечебно- профилактическому учреждению.

**14. Гарантийные обязательства**

14.1. При наступлении страхового случая организовать и обеспечить (финансировать) оказание Застрахованным медицинских услуг медицинскими организациями или врачами из списка Страховщика (Представителя Страховщика) путем оплаты медицинским организациям и/или врачам расходов, по оказанным медицинским услугам Страхователю (Застрахованному).

14.2. В случае отсутствия необходимого вида медицинской помощи (медицинской услуги) в ЛПУ, предоставляемом Застрахованному по программе ДМС по действующему договору, Страховщик обязан предоставить ему медицинскую помощь в полном объеме на базе ЛПУ районного, городского, областного либо ведомственного подчинения, имеющего договорные отношения со Страховщиком (по факту обращения Застрахованного на круглосуточный медицинский пульт Страховщика) а также, в случае необходимости, обеспечить транспортировку Застрахованного в медицинское учреждение.

14.3. В случае удаленного нахождения Застрахованного от места жительства и возникновения необходимости

оказания ему экстренной амбулаторной или стационарной помощи (в т.ч. организации скорой медицинской помощи). Страховщик обязан предоставить ему медицинскую помощь в полном объеме в ЛПУ (лечебно-профилактическое учреждение) уровня, соответствующего программе Добровольного медицинского страхования ДМС Застрахованного, а также, в случае необходимости, обеспечить транспортировку Застрахованного

в требуемое медицинское учреждение.

14.4. Соблюдение режима конфиденциальности, за исключением случаев, когда разглашение подобной информации

требуется в соответствии с действующим законодательством Республики Казахстан.

**15. Требования к услугам по организации проведения периодических медицинских осмотров работников.**

15.1. В соответствие с Трудовым кодексом РК и государственными нормативными требованиями охраны труда для работников Заказчика, чья работа связана с воздействием вредных производственных факторов и (или) опасных для здоровья веществ, проводятся периодические медицинские осмотры (обследования) для определения пригодности этих работников для выполнения поручаемой работы, предупреждения профессиональных заболеваний.

**16. Описание Услуг:**

16.1. Проведение периодических медицинских осмотров работников во всех производственных отделениях Заказчика в соответствии с Трудовым кодексом РК ст. 181, 185; приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 28 февраля 2015 года № 175 « Об утверждении производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры», приказом и. о. Министра национальной экономики Республики Казахстан от 24 февраля 2015 г. №128 «Об утверждении Правил проведения обязательных медицинских осмотров».

16.2. Проведение периодических медицинских осмотров работников в соответствии с графиком Заказчика.

16.3. Анализ информации о состоянии здоровья каждого работника и необходимости проведения у них профилактических и реабилитационных мероприятий, направленных на сохранение здоровья и восстановления трудоспособности работников;

16.4. Проведение дополнительных обследований персонала после проведения периодического медицинского осмотра (при необходимости).

**17. Основные требования к оказываемым Услугам:**

17.1. Для оказания данного вида услуг медицинская организация должна иметь лицензию на осуществление деятельности с указанием видов работ: работы и услуги по предварительным и периодическим медицинским осмотрам (обследованиям).

**18. Технические требования по организации проведения периодических медицинских осмотров работников:**

18.1. Наличие медицинского оборудования для качественного проведения медицинского осмотра работников в соответствии с действующими нормативными правовыми актами;

18.2. Наличие в штате медицинской организации обученного и аттестованного персонала для качественного проведения медицинского осмотра работников в соответствии с действующими нормативными правовыми актами (диплом, первичная специализация, сертификат специалиста по основной специальности, обучение по профпатологии);

18.3. Доставка комиссии и оборудования к месту проведения медосмотров.

**19. Технические требования:**

19.1.Страховщик предоставляет необходимую статистическую и отчетную информацию об оказании медицинских услуг Застрахованным по договору ДМС по всем Программам не реже 1 раза в месяц.

**20.Особые условия**

20.1.По соглашению сторон в настоящий договор могут быть включены особые условия (оговорки, определения, исключения), внесены изменения и дополнения, которые в обязательном порядке должны быть составлены в письменной форме и подписаны уполномоченными представителями сторон.

### ПРОГРАММА СТРАХОВАНИЯ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ ОФИСА – РУКОВОДСТВО

### Количество работников –34

Один сотрудник + 3 членa семьи (если членами семьи являются дети до 16 лет, супруг/супруга, родители до 70 лет).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **УСЛУГИ** | **ОПИСАНИЕ** | **СОТРУДНИКИ** | **ЧЛЕНЫ СЕМЬИ** |
| **Круглосуточная консультационно-диспетчерская служба (Call Center)** | бесплатные телефонные консультации |  |  |
| организация вызова врача по вызову | **Без лимита** | **Без лимита** |
| организация вызова скорой помощи |
| информация о медицинском персонале |
| координация последовательности получения медицинской помощи |
| **Медицинское координирование** | организация и координация процесса лечения | **Без лимита** | **Без лимита** |
| организация консультаций специалистов |
| организация лабораторных и диагностических исследований |
| **Скорая помощь** | первичная консультация и лечение специалистов экстренной помощи | **Без лимита** | **Без лимита** |
| сопровождение врача при госпитализации |
| экстренная медицинская помощь |
| организация госпитализации |
| медикаменты |
| **Услуги персонального семейного доктора** | ключевая фигура в координации первичной медико-санитарной и высококвалифицированной медицинской помощи | **Без лимита** | **Без лимита** |
| медицинский координатор и менеджер |
| вызов врача на дом по показаниям |
| оказание и обеспечение квалифицированной медицинской помощи |
| организация госпитализации и стационарного лечения |
| Организация консультаций узких специалистов и консилиумов по медицинским показаниям |
| координация процесса лечения |
| профилактика заболеваний и улучшение состояния здоровья путём проведения профилактических мероприятий |
| ориентация на пациента и его семью |
| установление долговременных взаимоотношений с пациентом |
| **Услуги персонального педиатра** | ключевая фигура в координации первичной медико-санитарной и высококвалифицированной медицинской помощи | **Без лимита** | **Без лимита** |
| медицинский координатор и менеджер |
| вызов врача на дом по показаниям |
| оказание и обеспечение квалифицированной медицинской помощи |
| организация госпитализации и стационарного лечения |
| организация консультаций узких специалистов и консилиумов по медицинским показаниям |
| координация процесса лечения |
| профилактика заболеваний и улучшение состояния здоровья путём проведения профилактических мероприятий |
| ориентация на пациента и его семью |
| установление долговременных взаимоотношений с пациентом |
| **Амбулаторное лечение** | консультации специалистов | **Без лимита** | **лимит** |
| лабораторные исследования |
| диагностические исследования |
| инструментальные исследования |
| лечение |
| физиотерапия |
| ЛФК по медицинским показаниям, не более одного курса (10 сеансов) за период обслуживания | **Без лимита** | **лимит** |
| **Дневной стационар** | консультации специалистов | **Без лимита** | **лимит** |
| лабораторные исследования |
| физиотерапия |
| диагностические исследования |
| **Стационарозамещающая**  **госпитализация** | в стадии обострения | **Без лимита** | **лимит** |
| вне стадии обострения |
| консультации специалистов |
| лабораторные исследования |
| диагностические исследования |
| физиотерапия |
| медикаменты |
| **Врачебно- профессорский консилиум** | по экстренным показаниям | **Без лимита** | **Без лимита** |
| по плановым показаниям |
| **Стационарное лечение** | госпитализация в стационар, в палаты платных отделений | **Без лимита** | **лимит** |
| пребывание преимущественно в двухместной палате, питание, уход медицинского персонала |
| хирургическое или консервативное лечение, включение перевязки, введение лекарственных препаратов и т.п |
| интенсивная терапия |
| консультация специалистов |
| лабораторные исследования |
| диагностические исследования |
| физиотерапия |
| медикаменты, перевязочные материалы, анестетики, кислород и др. |
| инструментальные исследования |
| услуги медицинского персонала |
| координация тактики семейным врачом и персоналом стационара |
| согласно протоколам лечения и диагностики МСРЗ РК |  |  |
| **Медикаменты при стационарном лечении** | по назначению лечащего врача | **Без лимита** | **лимит** |
| организация и поиск медикаментов в аптечной сети Казахстана |
| полная оплата расходов по медикаментам |
| **Патронаж медицинской сестры** | по медицинским показаниям | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| патронаж на дому |
| патронаж в медицинских центрах Исполнителя |
| внутривенные иньекции |
| внутримышечные иньекции |
| **Лечение хронических заболеваний** | амбулаторное и стационарное лечение  в стадии обострения  вне стадии обострения | **Без лимита** | **лимит** |
| **Вакцинация от гриппа** | предвакционная консультация врача | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| вакцинация |
| поствакционное наблюдение |
| **Стоматология** | диагностика, лечение, консультация | **Без лимита** | **лимит** |
| Парадонтологическое лечение не более 1 раза за период страхования в пределах 15 000 тенге на семьию |
| Снятие зубных отложений аппаратом Пьезон,шлифовка и полировка зубов кисточками, фасонными головками |
| Лечение иными аппаратными способами при обострении |
| По сети медорганизации – безналичным путём |
| **Предписываемые лекарства** | медикаменты по рецепту семейного врача при амбулаторном лечении | **Без лимита** | **лимит** |
| контроль за медикаментозными лечением |
| По сети медорганизации– безналичным путём |
| Вне сети медорганизации– наличным путём с дальнейшим возмещением, согласно программе страхования |
| **Наблюдение беременности и родовспоможение, согласно схеме наблюдения** | дородовое наблюдение | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| госпитализация |
| лабораторные и диагностические исследования |
| родовспоможение |
| послеродовое наблюдение матери ( 42 дня) |
| **Массаж при амбулаторном лечении** | по медицинским показаниям | **10 сеансов в год** | **Не покрывается** |
| по назначению врача медорганизации |
| **Массаж при стационарном лечении** | по назначению врача | **10 сеансов в год** | **Не покрывается** |
| по медицинским показаниям |
| **Страхование выезжающих за рубеж** | согласно условиям полиса международного страхования | **До 70 000 евро** | **Не покрывается** |
| экстренное стационарное лечение |
| экстренное амбулаторное лечение |
| экстренная стоматологическая помощь |
| медицинская эвакуация |
| репатриация |
| командировки и частные поездки |
| до 90 дней в году |
| **Обязательный медицинский осмотр** | В соответствии с Приказом Министра национальной экономики РК от 28 февраля 2015 года №175 « Об утверждении Перечня вредных производственных факторов, профессий, при которых проводятся обязательные медицинские осмотры» | **Один раз в год** | **Не покрывается** |
| Включение 2-х и более узких специалистов состав врачебной комиссии по заявке Заказчика |
| **Диспансеризация** | Диспансеризация работников ( Постановка на диспансерный учёт работников с выявленными заболеваниями, в том числе с заболеваниями сердечно- сосудистой системы). | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| **Реабилитация мероприятия (больных состоящих на диспансерном учёте)** | Проведение реабилитации больных, состоящих на учёте, в том числе больных с хроническими формами заболеваний из числа работников по результатам периодических медицинских осмотров | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| **Программа корпоративного здоровья( профилактические программы)** | Проведение Всемирных дней здоровья, борьбы с артериальной гипертонией, здорового питания борьбы с курением.  Профилактика ССЗ,  Проведение лекции и бесед по профилактике болезней сердечно-сосудистой системы, табакокурения, алкоголизма, нерационального питания,ЗОЖ(Здоровый Образ Жизни) | **Без лимита** | **Не покрывается** |

### Программа для сотрудников офиса ГУ ТОО СП «Казгермунай»

Количество работников – 154

Один сотрудник + 2 членa семьи (если членами семьи являются дети до 16 лет, супруг/супруга, родители до 70 лет).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **УСЛУГИ** | **ОПИСАНИЕ** | **СОТРУДНИКИ** | **ЧЛЕНЫ СЕМЬИ** |
| **Круглосуточная консультационно-диспетчерская служба (Call Center)** | бесплатные телефонные консультации |  |  |
| организация вызова врача по вызову | **Без лимита** | **Без лимита** |
| организация вызова скорой помощи |
| информация о медицинском персонале |
| координация последовательности получения медицинской помощи |
| **Медицинское координирование** | организация и координация процесса лечения | **Без лимита** | **Без лимита** |
| организация консультаций специалистов |
| организация лабораторных и диагностических исследований |
| **Скорая помощь** | первичная консультация и лечение специалистов экстренной помощи | **Без лимита** | **Без лимита** |
| сопровождение врача при госпитализации |
| экстренная медицинская помощь |
| организация госпитализации |
| медикаменты |
| **Услуги семейного врача** | консультация | **Без лимита** | **Без лимита** |
| диагностика |
| лечение |
| выписка рецептурных бланков и направлений к узким специалистам |
| выезд семейного врача на дом |
| координация процесса лечения |
| **Амбулаторное лечение** | консультации специалистов | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| лабораторные исследования |
| диагностические исследования |
| инструментальные исследования |
| лечение |
| физиотерапия |
| ЛФК по медицинским показаниям, не более одного курса (10 сеансов) за период обслуживания |
| **Дневной стационар** | консультации специалистов | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| лабораторные исследования |
| физиотерапия |
| диагностические исследования |
| **Стационарозамещающая**  **госпитализация** | в стадии обострения | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| вне стадии обострения |
| консультации специалистов |
| лабораторные исследования |
| диагностические исследования |
| физиотерапия |
| медикаменты |
| **Врачебно- профессорский консилиум** | по экстренным показаниям | **Без лимита** | **Без лимита** |
| по плановым показаниям |
| **Стационарное лечение** | госпитализация в стационар, в палаты платных отделений | **Без лимита** | **лимит** |
| пребывание преимущественно в двухместной палате, питание, уход медицинского персонала |
| хирургическое или консервативное лечение, включение перевязки, введение лекарственных препаратов и т.п |
| интенсивная терапия |
| консультация специалистов |
| лабораторные исследования |
| диагностические исследования |
| физиотерапия |
| медикаменты, перевязочные материалы, анестетики, кислород и др. |
| инструментальные исследования |
| услуги медицинского персонала |
| координация тактики семейным врачом и персоналом стационара |
| согласно протоколам лечения и диагностики МСРЗ РК |  |  |
| **Медикаменты при стационарном лечении** | по назначению лечащего врача | **Без лимита** | **лимит** |
| организация и поиск медикаментов в аптечной сети Казахстана |
| полная оплата расходов по медикаментам |
| **Патронаж медицинской сестры** | по медицинским показаниям | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| патронаж на дому |
| патронаж в медицинских центрах исполнителя |
| внутривенные иньекции |
| внутримышечные иньекции |
| **Лечение хронических заболеваний** | амбулаторное и стационарное лечение  в стадии обострения  вне стадии обострения | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| **Вакцинация от гриппа** | предвакционная консультация врача | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| вакцинация |
| поствакционное наблюдение |
| **Стоматология** | диагностика, лечение, консультация | **лимит** | **Не покрывается** |
| Парадонтологическое лечение не более 1 раза за период страхования в пределах 15 000 тенге на семьию |
| Снятие зубных отложений аппаратом Пьезон,шлифовка и полировка зубов кисточками, фасонными головками |
| Лечение иными аппаратными способами при обострении |
| По сети медорнагизации– безналичным путём |
| **Предписываемые лекарства** | медикаменты по рецепту семейного врача при амбулаторном лечении | **лимит** | |
| контроль за медикаментозным лечением |
| По сети медорганизации– безналичным путём |
| вне сети медорганизации – наличным путём с дальнейшим возмещением, согласно программе страхования |
| **Наблюдение беременности и родовспоможение, согласно схеме наблюдения** | дородовое наблюдение | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| госпитализация |
| лабораторные и диагностические исследования |
| родовспоможение |
| послеродовое наблюдение матери ( 42 дня) |
| **Массаж при амбулаторном лечении** | по медицинским показаниям | **10 сеансов в год** | **Не покрывается** |
| по назначению врача медорганизации |
| **Массаж при стационарном лечении** | по назначению врача | **10 сеансов в год** | **Не покрывается** |
| по медицинским показаниям |
| **Страхование выезжающих за рубеж** | согласно условиям полиса международного страхования | **лимит** | **Не покрывается** |
| экстренное стационарное лечение |
| экстренное амбулаторное лечение |
| экстренная стоматологическая помощь |
| медицинская эвакуация |
| репатриация |
| командировки и частные поездки |
| до 90 дней в году |
| **Обязательный медицинский осмотр** | В соответствии с Приказом Министра национальной экономики РК от 28 февраля 2015 года Об утверждении Перечня вредных производственных факторов, профессий, при которых проведение обязательных медицинских осмотров, | **Один раз в год** | **Не покрывается** |
| Включение 2-х и более узких специалистов состав врачебной комиссии по заявке Заказчика |
| **Диспансеризация** | Диспансеризация работников ( Постановка на диспансерный учёт работников с выявленными заболеваниями, в том числе с заболеваниями сердечно- сосудистой системы). | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| **Реабилитация мероприятия (больных состоящих на диспансерном учёте)** | Проведение реабилитации больных, состоящих на учёте, в том числе больных с хроническими формами заболеваний из числа работников по результатам периодических медицинских осмотров | **Без лимита** | **Не покрывается** |
| **Программа корпоративного здоровья( профилактические программы)** | ЗОЖ( Здоровый Образ Жизни)  Проведение Всемирных дней здоровья, борьбы с артериальной гипертонией, здорового питания борьбы с курением.  Профилактика ССЗ,  Проведение лекции и бесед по профилактике болезней сердечно-сосудистой системы, табакокурения, алкоголизма, нерационального питания | **Без лимита** | **Не покрывается** |

**Директор ДОТОС Ж. Мурсалиева**

**Ведущий специалист ДОТОС Г. Альмагамбетова**