

ДОГОВОР
на предоставление лечебно-профилактической помощи (медицинских услуг)
по добровольному медицинскому страхованию № _____

город _____ « _____ » _____ г

_____ (лицензия на осуществление страхования от _____), именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующего на основании _____, с одной стороны, и Общество с ограниченной ответственностью "Пансионат «Сосновая Роща» (лицензия на осуществление медицинской деятельности №ЛО-23-01-009490 от 26.11.2015; выдана Министерством здравоохранения Краснодарского края), именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице генерального директора Шустова Евгения Васильевича, действующего на основании Устава, с другой стороны, а вместе именуемые в дальнейшем «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется при наступлении страхового случая оказывать медицинские услуги клиентам Заказчика (далее Застрахованные), виды и объем которых определяются Программой добровольного медицинского страхования «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение» (Приложение № 1 к настоящему Договору) (далее - Программа ДМС), отвечающие требованиям, предъявляемым к методам диагностики, профилактики и лечения, разрешенным на территории Российской Федерации, а также в соответствии с лицензией Исполнителя на осуществление медицинской деятельности.

1.2. Страховым случаем является обращение Застрахованного к Исполнителю за получением лечебно-восстановительной, профилактической или консультативной помощи, предусмотренной условиями настоящего Договора в случае заболевания, травмы или при других состояниях, требующих медицинской помощи.

1.3. Порядок оказания медицинских услуг устанавливается Исполнителем в соответствии с его режимом работы.

1.4. В экстренных случаях (угрожающих жизни и здоровью Застрахованного) при невозможности оказания Застрахованному необходимых медицинских услуг Исполнитель обязуется направить Застрахованного в иное медицинское учреждение (специалисту), имеющее (-ему) возможность оказать необходимую медицинскую помощь в соответствии с документом, подтверждающим государственное разрешение на осуществление ими медицинской деятельности.

2. ОБЯЗАННОСТИ И ПРАВА СТОРОН

2.1. Исполнитель обязан:

2.1.1. Оказывать Застрахованным Заказчика медицинские услуги, предусмотренные настоящим Договором, своевременно, качественно и в соответствии с предусмотренными медицинскими технологиями соответствующими установленным профессиональным стандартам.

2.1.2. В течение 5 (пяти) календарных дней поставить в известность Заказчика о возникших обстоятельствах, которые могут привести к уменьшению объема или ухудшению качества оказываемых медицинских услуг.

2.1.3. Оказать медицинские услуги в сроки, установленные соглашением Сторон настоящего Договора.

2.1.4. Предоставить Заказчику преискуртант (Приложение 2 к настоящему Договору) по электронной почте.

2.1.5. Получить согласие Застрахованных на обработку Исполнителем персональных данных Застрахованных, в соответствии с требованиями ФЗ РФ от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», в целях обследования и лечения Застрахованных, а также на передачу персональных данных о состоянии здоровья Застрахованных Заказчику исключительно в целях исполнения договоров страхования, заключенных Заказчиком с Застрахованными.

2.1.6. Использовать в процессе лечения только лицензированные, запатентованные способы, рекомендованные российской и общемировой медицинской практикой.

2.1.7. Не использовать без согласия Застрахованного способы лечения, медицинские препараты и процедуры, способные нанести вред здоровью и самочувствию Застрахованного.

2.1.8. Предоставить Заказчику копию документа, дающего Исполнителю право на осуществление медицинской деятельности, заверенную в установленном порядке, перечень видов медицинской помощи оказываемой Исполнителем, сведения об условиях предоставления медицинской помощи Застрахованным и режиме работы Исполнителя.

2.1.9. Сохранять конфиденциальность представляемой информации в отношении Застрахованных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.1.10. Незамедлительно сообщать Заказчику обо всех нарушениях Застрахованными лечебного режима и предписаний лечащего врача, влекущих отказ Исполнителя в дальнейшем оказании Застрахованному медицинских услуг.

2.1.11. Вести необходимую медицинскую и бухгалтерскую учетно-отчетную документацию по обслуживанию Застрахованных.

2.1.12. Получить информированное добровольное согласие Застрахованного на получение платных медицинских услуг, данное в порядке, установленном законодательством Российской Федерации об охране здоровья граждан.

2.2. Заказчик обязан:

2.2.1. Оплачивать Исполнителю оказанные медицинские услуги в порядке, установленном настоящим Договором.

2.2.2. Защищать интересы Застрахованных и принимать неотложные меры при наличии жалоб и заявлений с их стороны к медицинским услугам, оказываемым Исполнителем.

2.2.3. Сохранять конфиденциальность представляемой информации в отношении Застрахованных в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2.2.4. Осуществлять учет Застрахованных, прикрепленных к Исполнителю или направленных к нему для разового оказания медицинских услуг.

2.2.5. Вести учет всех финансовых документов, поступивших от Исполнителя.

2.3. Исполнитель имеет право:

2.3.1. Устанавливать метод лечения, план обследования и консультаций Застрахованных в рамках предусмотренной для них Программы ДМС.

2.3.2. Осуществлять медицинское обслуживание Застрахованных в соответствии с режимом работы подразделений Исполнителя.

2.3.3. Потребовать своевременной оплаты выставленных им счетов.

2.3.4. Изменять стоимость медицинских услуг, предварительно согласовав их с Заказчиком.

2.3.5. Дополнять прейскурант перечнем оказываемых медицинских услуг, предварительно согласовав их с Заказчиком.

2.3.6. Приостанавливать прием и обслуживание Застрахованных при задержке или необоснованном отказе от оплаты счетов Исполнителя за оказанные медицинские услуги до момента урегулирования разногласий.

2.4. Заказчик имеет право:

2.4.1. Контролировать объем, виды и качество медицинских услуг, оказываемых Исполнителем Застрахованным, согласно выставленным к оплате счетам, путем проведения медико-экономической экспертизы.

2.4.2. Знакомиться с ходом оказания медицинских услуг Застрахованным и с документацией Исполнителя, имеющей к ним непосредственное отношение.

2.4.3. Требовать от Исполнителя устранения недостатков в обслуживании Застрахованных.

2.4.4. Потребовать возмещения (полностью или частично) в случаях:

- некачественного оказания медицинских услуг, при подтверждении такого факта двусторонней комиссией в соответствии с положениями раздела 6 настоящего Договора;

- оказания медицинских услуг в неполном объеме;

- превышения стоимости медицинских услуг, предусмотренных прейскурантом (Приложение 2 к настоящему Договору);

- предоставления медицинских услуг, не предусмотренных Программой ДМС Застрахованного, без предварительного согласования с Заказчиком;

- предоставления любых медицинских услуг после истечения срока действия договора страхования, указанного в страховом полисе добровольного медицинского страхования (далее полис ДМС) Застрахованного.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Стоимость медицинских услуг определяется прейскурантом (Приложение 2 к настоящему Договору). Стороны вправе изменить прейскурант путем подписания Приложения 2 к настоящему Договору в новой редакции, при этом оформление дополнительного соглашения не требуется.

3.2. Расчеты производятся в порядке 100 % предварительной оплаты в соответствии со счетом, выставленным Исполнителем, за 14 (четырнадцать) календарных дней до согласованного Сторонами срока начала лечения Застрахованных. Расчеты по настоящему Договору

осуществляются в рублях.

Исполнитель по факту оказания медицинских услуг не позднее 10 (десятого) числа месяца, следующего за отчетным, направляет Заказчику по факсу или электронной почте и по почте следующие документы:

- акт приема-передачи выполненных работ (услуг) (Приложение 3 к настоящему Договору), содержащий общую сумму оказанных медицинских услуг. Акт сдачи-приемки оказанных услуг в обязательном порядке должен содержать все реквизиты, указанные в п.2 ст.9 Федерального закона №402-ФЗ от 06.12.2011 «О бухгалтерском учете»;

- реестр выполненных работ (услуг) (Приложение 4 к настоящему Договору), обосновывающий сумму, указанную в акте приема-передачи выполненных работ (услуг), содержащий сведения о фамилии, имени, отчестве Застрахованного, номере его полиса ДМС, даты оказания медицинской услуги, диагнозе или коде диагноза по МКБ-10, категории размещения, количества и стоимости медицинских услуг и сроках лечения.

Стороны вправе изменить формы акта приема-передачи выполненных работ (услуг) и реестра оказанных медицинских услуг путем подписания Приложения 3 и Приложения 4 к настоящему Договору в новой редакции, при этом оформление дополнительного соглашения не требуется.

Исполнитель должен предоставить Застрахованному выписку из истории болезни, копии результатов проведенных исследований и осмотров, назначения, выданные Исполнителем Застрахованному (либо аналогичные документы).

В случае направления Застрахованных для получения медицинских услуг в иные медицинские учреждения, организации плановой и экстренной госпитализации Застрахованных без согласования с Заказчиком, Исполнитель самостоятельно оплачивает стоимость полученных Застрахованным медицинских услуг.

3.3. Заказчик обязан в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения рассмотреть акт приема-передачи выполненных работ (услуг) и направить Исполнителю подписанный акт приема-передачи выполненных работ (услуг) либо свои замечания к нему.

После получения оригиналов документов, указанных в п. 3.2. настоящего Договора, Заказчик подписывает их и 1 экземпляр направляет по почте Исполнителю.

Аванс, неиспользованный Исполнителем, перечисленный Заказчиком за оказание медицинских услуг (согласно п.3.2. настоящего Договора), возвращается Заказчику по его письменному запросу в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента предъявления письменного требования Заказчика, а в случае отсутствия письменного запроса аванс резервируется на расчетном счете Исполнителя и учитывается при последующем лечении Застрахованных.

3.4. Ежегодная сверка взаиморасчетов производится не позднее 25 января года, следующего за отчетным. Исполнитель обязан до проведения окончательной сверки взаиморасчетов предоставить Заказчику все документы согласно п.3.2. настоящего Договора.

3.5. В случае изменения стоимости медицинских услуг по настоящему Договору, Исполнитель обязан направить данные изменения для подписания Заказчику за 15 (пятнадцать) рабочих дней до вступления их в силу по факсу или электронной почте, с направлением оригинала документа по почте.

Расчеты между Сторонами по новому прейскуранту осуществляются только после подписания прейскуранта Заказчиком.

3.6. Консультации, проводимые Исполнителем Застрахованным и не предусмотренные настоящим Договором или Программой ДМС, оплачиваются Застрахованным самостоятельно.

3.7. Оплата медицинских услуг производится по безналичному расчету путем перечисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя.

3.8. В случае преждевременного убытия Застрахованного медицинские услуги оплачиваются за использованные дни лечения, стоимость неиспользованных дней лечения учитывается при последующем лечении Застрахованных.

При невозможности Заказчика своевременно обозначить дату переноса срока лечения Застрахованного ранее перечисленные денежные средства за лечение Застрахованного резервируются Исполнителем до согласования Сторонами окончательной даты переноса срока лечения.

Если Застрахованный не прибыл в срок, перечисленная сумма денежных средств, направленная на его лечение, резервируется на расчетном счете Исполнителя и учитывается при последующем лечении Застрахованных.

3.9. Стороны договорились, что проценты за пользование денежными средствами (ст.317.1. ГК РФ) по денежным обязательствам Сторон по настоящему Договору не начисляются и не взыскиваются.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Исполнитель принимает Застрахованных, направленных Заказчиком и имеющих следующие документы:

- документ, удостоверяющий личность;
- направление Заказчика, содержащее согласие Застрахованного на ознакомление Заказчика с историей болезни и/или полис ДМС установленного образца;
- санаторно-курортная карта.

4.2. Исполнитель после предварительного согласования с Заказчиком вправе отказать Застрахованному в оказании медицинских услуг, предусмотренных настоящим Договором, в случае грубого нарушения Застрахованным медицинских предписаний. Исполнитель обязан незамедлительно сообщать Заказчику о каждом случае нарушения Застрахованным медицинских предписаний и письменно фиксировать факт данного нарушения.

4.3. По обоюдному соглашению Сторон, оформленному в письменной форме, ранее согласованные сроки лечения Застрахованного могут быть изменены.

О переносе срока лечения соответствующая Сторона должна известить другую Сторону Договора не менее, чем за 14 (четырнадцать) рабочих дней до предполагаемой даты направления Застрахованного на лечение.

4.4. Исполнитель принимает на лечение Застрахованных с 3 лет.

5. УЧЕТ У ИСПОЛНИТЕЛЯ

Исполнитель обязан вести учет:

- а) Застрахованных, обратившихся к Исполнителю;
- б) видов, объемов и сроков оказанных Застрахованным медицинских услуг;
- в) средств, поступающих от Заказчика.

6. КОНТРОЛЬ КАЧЕСТВА

6.1. Заказчик контролирует соответствие оказываемых Исполнителем медицинских услуг Застрахованным требованиям профессиональных стандартов.

При осуществлении контроля Заказчик может привлекать третьих лиц, имеющих соответствующее разрешение от компетентных государственных органов (независимых экспертов).

6.2. Контроль осуществляется путем проверок, при наличии жалоб и заявлений со стороны Застрахованных, по медицинским услугам, оказываемым Исполнителем, проводимых уполномоченным представителем Заказчика с предварительным уведомлением об этом Исполнителя не менее чем за 10 (десять) рабочих дней до предстоящей проверки. Заказчик вправе осуществлять как выборочную, так и сплошную проверку медицинской документации Застрахованных не более чем за последние 6 месяцев.

Результаты проверок доводятся Заказчиком до сведения Исполнителя. В случае поступления письменного заявления Застрахованных об оказании им медицинских услуг ненадлежащего объема и/или качества Заказчик производит целенаправленный контроль.

6.3. Результаты проверок оформляются актом экспертизы за подписью представителей Исполнителя и Заказчика. К акту экспертизы прилагаются документы, имеющие отношение к проведенной проверке, в частности: заявление Застрахованного, медицинские документы, подтверждающие (опровергающие) некачественное оказание Исполнителем медицинских услуг и другие документы.

Акт экспертизы должен быть направлен Заказчиком Исполнителю не позднее 7 (семи) рабочих дней со дня проведения проверки.

Исполнитель обязан в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения рассмотреть акт экспертизы и направить Заказчику подписанный акт либо мотивированный письменный отказ. При неполучении Заказчиком ответа в течение 20 (двадцати) рабочих дней акт экспертизы считается Исполнителем принятым.

По инициативе одной из Сторон к проверке может быть привлечен независимый эксперт, в данном случае к акту экспертизы прилагается заключение независимого эксперта (экспертной комиссии). Расходы по оплате услуг независимого эксперта несет Сторона, по чьей инициативе он был привлечен, с последующим возмещением данных расходов виновной Стороной.

Суммы, подлежащие удержанию по результатам акта экспертизы (актов приема-передачи выполненных работ (услуг), реестров выполненных работ (услуг), счетов-фактур), подписанного Исполнителем и Заказчиком, учитываются при дальнейших взаиморасчетах Сторон.

6.4. Исполнитель обеспечивает представителям Заказчика и независимым экспертам (в случае их привлечения), осуществляющим проверку, в присутствии представителя Исполнителя, доступ для свободного ознакомления с медицинской документацией Застрахованного только с согласия Застрахованного.

7. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН

7.1. За неисполнение или ненадлежащее выполнение обязательств, предусмотренных настоящим Договором, Стороны несут ответственность в соответствии с действующим законодательством РФ и настоящим Договором.

7.2. В случае выявления Заказчиком оказанных медицинских услуг по настоящему Договору ненадлежащего объема и качества, предоставления Исполнителем недостоверной первичной информации, а также в случае причинения Исполнителем (работниками Исполнителя) вреда жизни (здоровью) Застрахованных, Заказчик вправе частично или полностью не оплачивать представленные к оплате Исполнителем медицинские услуги или удержать из очередного счета стоимость ранее оплаченных медицинских услуг ненадлежащего объема и качества. Причинение Исполнителем вреда жизни (здоровью) Застрахованного, а также некачественное оказание Исполнителем медицинских услуг, должны быть подтверждены актом экспертизы, составленным в соответствии с разделом 6 настоящего Договора.

7.3. В случае подтверждения актом экспертизы некачественного оказания медицинских услуг Исполнителем либо оказания Исполнителем без согласования с Заказчиком медицинских услуг, не предусмотренных Программой ДМС, Исполнитель обязан возместить Заказчику все расходы, связанные с привлечением независимого эксперта по первому требованию Заказчика.

7.4. В случае нарушения Исполнителем срока направления акта приема-передачи выполненных работ (услуг), предусмотренного п.3.2. настоящего Договора, Исполнитель по требованию Заказчика уплачивает договорную неустойку в размере 0,05% от стоимости оказанных в соответствующем месяце медицинских услуг, за каждый день просрочки, но не более 20% от стоимости данных услуг.

7.5. В случае нарушения Заказчиком срока оплаты оказанных медицинских услуг, предусмотренного п.3.2. настоящего Договора, Заказчик по требованию Исполнителя уплачивает договорную неустойку в размере 0,05% от стоимости оказанных в соответствующем месяце медицинских услуг, за каждый день просрочки, но не более 20% от стоимости данных услуг.

7.6. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности в отношении информации, полученной при исполнении настоящего Договора, в том числе персональных данных Застрахованных. Не будет являться нарушением режима конфиденциальности передача информации вышестоящим и контролирующим организациям.

7.7. Заказчик вправе предъявить претензии Исполнителю по качеству оказанных медицинских услуг и потребовать либо повторного оказания медицинской услуги Застрахованному, либо соразмерного уменьшения установленной цены за данную услугу.

7.8. Исполнитель гарантирует, что представляемые Заказчику документы (акты приема-передачи выполненных работ (услуг), реестры выполненных работ (услуг), счета, счет - фактуры) подписаны от имени Исполнителя уполномоченным на то лицом (на основании выданной доверенности, приказа либо иного документа).

В случае нарушения данной гарантии акт приема-передачи выполненных работ (услуг), реестр выполненных работ (услуг), счет, счет-фактура признаются недействительными и оплата по ним не производится. Перечисленные Заказчиком денежные средства подлежат перечислению Исполнителем Заказчику в течение 20 (двадцати) рабочих дней после получения письменного требования.

Исполнитель обязуется своевременно информировать Заказчика о смене уполномоченного лица на подписание вышеуказанных документов с предоставлением по факсу либо электронной почте на адрес _____ копии удостоверяющего документа (доверенности, приказа либо иного документа), с образцами подписей.

8. ФОРС-МАЖОР

8.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение своих обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием наступления форс-мажорных обстоятельств.

Форс-мажорными считаются обстоятельства непреодолимой силы, не зависящие от Сторон настоящего Договора, а именно: стихийные бедствия, введение чрезвычайного положения, ведение военных действий, забастовки, массовые заболевания (эпидемии), объявление карантина, ограничение перевозок, изменения в законодательстве, делающие невозможным выполнение условий Договора.

О форс-мажорных обстоятельствах Стороны должны уведомить друг друга не позднее 3 (трех) рабочих дней с момента их наступления.

Неуведомление или несвоевременное уведомление о наступлении форс-мажорных обстоятельств лишает Стороны права ссылаться на них. Форс-мажорные обстоятельства должны

быть подтверждены справками или иными документами компетентных государственных органов или организаций.

8.2. Если действие форс-мажорных обстоятельств продлится более двух месяцев подряд, любая из Сторон вправе расторгнуть Договор в одностороннем порядке с письменным уведомлением другой Стороны за 10 (десять) рабочих дней до момента расторжения.

9. ИЗМЕНЕНИЕ, ДОПОЛНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Настоящий Договор может быть изменен и дополнен только по письменному соглашению Сторон.

9.2. Настоящий Договор может быть прекращен до окончания срока его действия:

- а) по соглашению Сторон, совершенному в письменном виде;
- б) в одностороннем порядке по решению одной из Сторон путем письменного уведомления другой Стороны не позднее, чем за 30 (тридцать) календарных дней до предполагаемой даты прекращения Договора.

10. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

10.1. Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует по «_____» _____.

Если ни одна из Сторон за один месяц до истечения срока действия настоящего Договора не заявит о его расторжении (прекращении), действие настоящего Договора считается продленным на следующий календарный год и далее, но не более 3-х лет подряд.

10.2. Все дополнения и изменения к настоящему договору являются действительными, если они составлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами, за исключением условий, предусмотренных п. 3.1., 3.2, 10.5. и абз. б п. 9.2. настоящего Договора.

10.3. Споры, возникающие при заключении, исполнении, изменении и расторжении настоящего Договора, рассматриваются по месту нахождения истца после досудебного порядка урегулирования споров путем предъявления претензий, срок рассмотрения которых 30 (тридцать) календарных дней с момента их получения.

10.4. Копия настоящего Договора, дополнительных соглашений к настоящему Договору и любые уведомления, одобрения, запросы и другая корреспонденция, необходимая для выполнения обязательств Сторон по настоящему Договору, могут быть изготовлены и/или переданы с помощью средств электронно-технической связи (факсы, телетайпы, модемы, электронная почта, телексы и т.п.). Стороны несут ответственность за достоверность подписи. Бремя доказывания тех или иных фактов по настоящему Договору лежит на обеих Сторонах.

Стороны признают настоящий Договор и/или дополнительные соглашения к настоящему Договору заключенными с момента получения копий подписанных вышеуказанных документов посредством электронно-технической связи.

При этом оригиналы Договора, дополнительных соглашений, уведомлений, одобрений, запросов и другой корреспонденции на бумажном носителе пересылаются Сторонами друг другу по почте в течение 40 (сорока) календарных дней с даты отправки копий посредством электронно-технической связи.

10.5. Стороны обязуются в течение 5 (пяти) рабочих дней извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов, реквизитов и иных сведений, имеющих значение для выполнения Сторонами своих обязательств по настоящему Договору с даты их внесения. В случае изменения адресов и реквизитов Сторон оформление дополнительного соглашения не требуется.

10.6. Контактным лицом со стороны Заказчика выступает:

ФИО _____; тел: _____; e-mail: _____

Контактным лицом со стороны Исполнителя выступает:

Командровская Наталья Борисовна; тел.: +7(918) 647-26-11; e-mail: n.komandrovskaya@aleanfamilly.ru

10.7. По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством РФ.

10.8. Настоящий Договор составлен на русском языке в 2-х экземплярах, по одному для каждой из Сторон, каждый из которых имеет одинаковую юридическую силу.

10.9. Положения настоящего Договора распространяют свое действие на все Филиалы Заказчика.

11. ПРИЛОЖЕНИЯ К ДОГОВОРУ

- 11.1. Приложение 1 – Программа добровольного медицинского страхования «Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»;
- 11.2. Приложение 2 – Прейскурант;
- 11.3. Приложение 3 – Акт приема-передачи выполненных работ (услуг) (образец);
- 11.4. Приложение 4 – Реестр выполненных работ (услуг) (образец).

12. РЕКВИЗИТЫ И ПОДПИСИ СТОРОН

Заказчик

Место нахождения: _____

Почтовый адрес: _____

ОГРН _____

ИНН _____ КПП _____

р/с _____

к/с _____

БИК _____

Телефон: _____

Факс: _____

Электронный адрес: _____

_____/_____/_____

Исполнитель

ООО «Пансионат «Сосновая Роща»

Адрес места нахождения: 353465, Краснодарский край, Геленджик, ул. Маячная дом № 9.

Реквизиты:

р/с 40702810430000006441

ОТДЕЛЕНИЕ N8619 СБЕРБАНКА РОССИИ

Г. КРАСНОДАР

К/с 3010181010000000602

ИНН: 2304067868

КПП: 230401001

БИК: 040349602

Код по ОКПО: 02578795

ОГРН: 1152304000595

Факс:

Телефон: +7 (86141) 36020 (доб.1012)

Адрес электронной почты ответственного работника договорного отдела:

n.komandrovskaya@aleanfamily.ru

Адрес электронной почты ответственного работника отдела расчетов: mice@biarritzresort.ru

Генеральный директор

_____/Е.В.Шустов/

**Программа добровольного медицинского страхования
«Санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное лечение»**

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Программа разработана на основании Правил страхования.

Программа является неотъемлемой частью Договора страхования и регламентирует:

- перечень медицинской помощи оказываемой в рамках Программы;
- порядок обращения Застрахованных лиц за медицинской помощью.

В соответствии с Программой Страховщик гарантирует предоставление и оплату медицинской помощи, оказываемых в медицинских организациях, оказывающих санаторно-курортное и (или) реабилитационно-восстановительное лечение, обеспечение лекарственными препаратами, и изделиями медицинского назначения необходимыми Застрахованному лицу для лечения в амбулаторных и др. условиях в медицинских организациях предусмотренных Договором страхования, а также выездными бригадами на дом. Объем услуг при санаторно-курортном и (или) реабилитационно-восстановительном лечении устанавливается перечнем медицинской помощи конкретной медицинской организации.

2. ОБЪЕМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Если иное не предусмотрено Договором страхования, Программа включает в себя:

- Лазеромагнитотерапия;
- Электро-, УТЗ-лечение;
- Грязе-, теплолечение;
- Спелеотерапия;
-
- Кислородолечение;
- Бальнеотерапия;
- Гидротерапия;
- Массаж;
- Фитотерапия;
- Посещение банного комплекса (травяная баня, финская сауна, римская баня);
- Проведение всех инвазивных манипуляций с применением только одноразовых игл, скарификаторов, шприцов и систем.

Если иное не предусмотрено Договором страхования, не являются страховыми рисками и не признаются страховыми случаями, случаи, указанные в соответствующих разделах Правил страхования (п.4.4.).

В случаях выявления перечисленных в п.4.4. Правил страхования заболеваний Застрахованное лицо направляется в специализированные организации, где проходит лечение на общих основаниях без оплаты медицинской помощи за счет средств добровольного медицинского страхования.

3. ПОРЯДОК ОБРАЩЕНИЯ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

При необходимости получения санаторно-курортного и (или) реабилитационно-восстановительного лечения Застрахованное лицо обращается в медицинскую организацию или во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

Врач-эксперт Страховщика может дать Застрахованному лицу рекомендацию по выбору определенной медицинской организации, которая будет наиболее полно отвечать интересам Застрахованного лица.

При обращении в медицинскую организацию Застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и/или направление Страховщика, а также паспорт, с целью получения

реабилитационно-восстановительного лечения. Передача страхового полиса другому лицу запрещается, а оказанные этому лицу медицинские и иные услуги не подлежат оплате.

Все вопросы, связанные с получением Застрахованным лицом медицинской помощи, адресуются во врачебно-диспетчерскую службу Страховщика.

4. СТРАХОВАЯ СУММА

Размер страховой выплаты определяется исходя из стоимости оказания медицинской помощи Застрахованному лицу по Программе и не может превышать лимита ответственности (страховой суммы) Страховщика указанной в Договоре страхования.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

_____/_____/_____
М.П.

ЗАКАЗЧИК

Генеральный директор

_____/Е.В.Шустов/
М.П.

Прейскурант стоимости медицинских услуг

с « ____ » _____ 20__ г. по « ____ » _____ 20__ г

Код медицинской услуги	Наименование медицинской услуги*	Стоимость медицинской услуги к/д на 1 человека (в рублях)**						
		Период						

* Наименование медицинской услуги определяется и соответствует категории размещения Застрахованного при получении санаторно-курортного и реабилитационно-восстановительного лечения в санатории.

** В стоимость каждой услуги входит пребывание застрахованного в санатории, лечебное питание, консультация врача-терапевта (первичная, повторная, динамическое наблюдение), а также отдельные медицинские услуги, оказываемые в соответствии с медицинскими показаниями по лечению основного заболевания:

** 1. В стоимость курса лечения входит пребывание в ООО Пансионат «Сосновая роща», и следующие медицинские услуги, оказываемые в соответствии с медицинскими показаниями по лечению **костно-мышечной системы** (Код по МКБ - 10: M25; M19.1; M41; M42; M42.0; M42.1)

Базовый курс лечения (Б/К)
Консультация врача терапевта 1. Физиотерапия - 1 услуга на выбор по назначению врача 1.1. лазеромагнитотерапия, 1.2. электро-, УТЗ-лечение, 1.3. грязе-, теплолечение 2. Один из видов услуг на выбор по назначению врача: 2.1. Бальнеотерапия (ванна гидроаэромассажная); 2.2. Гидротерапия (лечебный души: Шарко, циркулярный, восходящий); 3. Ручной массаж по зонам 4. Фитотерапия. 5. Посещение банного комплекса (травяная баня, финская сауна, римская баня).

****2.** В стоимость курса лечения входит пребывание в ООО Пансионат «Сосновая роща», и следующие медицинские услуги, оказываемые в соответствии с медицинскими показаниями по лечению **органов дыхания** (Код по МКБ - 10: j41.0; j45.1)

Базовый курс лечения (Б/К)
Консультация врача терапевта 1. Физиотерапия - услуги на выбор по назначению врача. 1.1. лазеромагнитотерапия, 1.2. электро-, светолечение, 1.3. грязе-, теплолечение, 1.4 ванна сухая углекислая 2. Спелеотерапия или ингаляции. 3. Один из видов услуг на выбор по назначению врача. 3.1.Бальнеотерапия (ванна гидроаэромассажная) 3.2.Ручной массаж по зонам 4.Кислородный коктейль. 5. Посещение банного комплекса (травяная баня, финская сауна, римская баня) – ежедневно.

****3.** В стоимость курса лечения входит пребывание в ООО Пансионат «Сосновая роща», следующие медицинские услуги, оказываемые в соответствии с медицинскими показаниями по лечению **болезни нервной системы** (Код по МКБ - 10: G50; G50.0; G54.0; G54.1; G56.0; G57.0; G53.0)

Базовый курс лечения (Б/К)
Консультация врача терапевта 1.Физиотерапия - 1 услуга на выбор по назначению врача: 1.1.лазеромагнитотерапия, 1.2.электро-, УТЗ-лечение, 1.3.грязе-, теплолечение 2. Один из видов услуг на выбор по назначению врача: 2.1.Бальнеотерапия (ванна гидроаэромассажная); 2.2.Гидротерапия (лечебные души: Шарко, циркулярный); 3. Ручной массаж по зонам. 4. Фитотерапия. 5. Посещение банного комплекса (травяная баня, финская сауна, римская баня) – ежедневно.

****4.** В стоимость курса лечения входит пребывание в ООО Пансионат «Сосновая роща», следующие медицинские услуги, оказываемые в соответствии с медицинскими показаниями с целью **общего оздоровления детей**

Базовый курс лечения Б/К
Консультация врача педиатра 1. Спелеотерапия или ингаляции. 2. Физиотерапия (по назначению врача) 3. Бальнеотерапия или ручной массаж по зонам 4. Кислородолечение. 5. Посещение банного комплекса (травяная баня, финская сауна, римская баня) – ежедневно.

Примечание: Расчет стоимости оказанных медицинских услуг производится пропорционально количеству суток, проведенных Застрахованным в лечебном учреждении.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

_____/_____
М.П.

ЗАКАЗЧИК

_____/Е.В.Шустов/
М.П.

Приложение 3
к договору на предоставление лечебно-профилактической
помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому
страхованию от _____ № _____

Заказчик: _____

Исполнитель: _____

Адрес: _____

Адрес: _____

Реквизиты: ИНН _____

Реквизиты: ИНН _____

БИК _____,

БИК _____,

р/с _____

р/с _____

к/с _____

к/с _____

**Акт № _____
оказанных услуг**

по предоставлению санаторно-курортного и реабилитационно - восстановительного
лечения

(по состоянию на «___» _____ 20__ г.)

от «___» _____ 20__ г.

по Договору № _____ от «___» _____ 20__ г.

_____, имеющее лицензию № _____ от _____, на
осуществление страхования, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице
_____, действующего(ей) на основании доверенности № _____ от
_____ с одной стороны, и _____, имеющ_ лицензию на
осуществление медицинской деятельности серии _____ № _____ от _____ г, именуемое в
дальнейшем «Исполнитель», в лице

(должность, ФИО представителя Исполнителя)
действующи_ на основании _____

(Устава, Положения, доверенности №__ от «__» ____ г.)
с другой стороны составили настоящий Акт в том, что согласно Договору № _____ от «___» _____ 20__ г.
«Исполнитель» в период с «___» _____ 20__ г. по «___» _____ 20__ г. в соответствии с условиями Договора
оказал, а «Заказчик» принял медицинские услуги, оказанные гражданам, застрахованным у «Заказчика», в
соответствии со счетом(ами) № _____ от _____ на сумму _____ (_____) руб.

Общая стоимость оказанных услуг за отчетный период составила _____ (_____) руб.
Перечень оказанных «Исполнителем» и принятых «Заказчиком» в соответствии с настоящим Актом
медицинских услуг содержится в реестре(ах), который(ые) является(ются) неотъемлемым приложением к
вышеуказанному(ым) счету(ам).

Все медицинские услуги, оказанные «Исполнителем» и принятые «Заказчиком» в соответствии с
настоящим актом соответствуют условиям Договора и Перечню медицинских услуг, оказываемых в
соответствии с дополнительным условием санаторно-курортное и реабилитационно-восстановительное
лечение Программы добровольного медицинского страхования «Заказчика».

Медицинские услуги НДС не облагаются.

Настоящий акт составлен в двух экземплярах по одному для каждой из сторон.

От Заказчика

От Исполнителя

_____/_____/_____

_____/_____/_____

ИСПОЛНИТЕЛЬ

ЗАКАЗЧИК

Генеральный директор

_____/_____/_____

_____/Е.В.Шустов/

М.П.

М.П.

Приложение 4
к договору на предоставление лечебно-профилактической
помощи (медицинских услуг) по добровольному медицинскому
страхованию от _____ № _____

Реестр (перечень) оказанных медицинских услуг к счету-фактуре № _____ от _____
за период с « _____ » _____ по « _____ » _____ 20__ г.

Ф.И.О. застрахованного	Номер полиса ДМС	Код Услуги	Наименование услуги	Код заболевания по МКБ X	Стоимость услуги за 1 сутки ИЛИ 1 к/день (в рублях)	Стоимость услуги за полный курс (в рублях)	Период лечения		Продолжительность лечения, сутках ИЛИ к/днях	Общая стоимость лечения (в рублях)	Примечания
							с	по			
1	2	3		5	6	7	8	9	10	11	12
Петров Петр Петрович											
Итого по застрахованному											
Иванов Иван Иванович											
Итого по застрахованному											

Руководитель _____ / _____ /
Главный врач _____ / _____ /
Главный бухгалтер _____ / _____ /
М.П.

ИСПОЛНИТЕЛЬ

_____ / _____ /
М.П.

ЗАКАЗЧИК

Генеральный директор

_____ /Е.В.Шустов/
М.П.

