**ДОГОВОР №**

**НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ДОБРОВОЛЬНОМУ МЕДИЦИНСКОМУ СТРАХОВАНИЮ**

г. Cамара « » 202\_ г.

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Сорочинская межрайонная больница»** именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­ главного врача Лысак Олега Петровича, действующего на основании устава и лицензии на осуществление медицинской деятельности № Л041-01022-56/00376518 от 31.10.2019г., с одной стороны, и

**Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Альянс Жизнь» (ООО СК «Альянс Жизнь»)**, именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице заместителя директора Департамента регионального медицинского обслуживания по Приволжскому ФО (Юг) Лукиной Олеси Олеговны, действующего на основании Доверенности от 28.12.2020 № 88 и лицензии на осуществление страхования СЛ № 3828 от 28.09.2015, с другой стороны, именуемые в дальнейшем совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

**1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА**

* 1. По настоящему Договору Заказчик поручает, а Исполнитель обязуется оказывать медицинские услуги (медицинскую помощь) лицам, застрахованным Заказчиком (в дальнейшем «Застрахованные») по добровольному медицинскому страхованию, согласноСтраховому полису ДМС,Правилам добровольного медицинского страхования (Выписки из Правил) Заказчика иПрограммедобровольного медицинского страхования (далее – «Программа страхования», Приложение № 2 к настоящему Договору), Лицензии на осуществление медицинской деятельности (Приложение № 10 к настоящему Договору).
  2. Основанием для оказания медицинских услуг является наличие у Застрахованного документа, удостоверяющего личность, включение его в списки, предоставляемые Заказчиком Исполнителю (Приложение № 3 к Договору), или наличие Гарантийного письма Заказчика (Приложение № 9к настоящему Договору).
  3. Заказчик оплачивает Исполнителю стоимость оказанных Застрахованным медицинских услуг в порядке и сроки, предусмотренные разделом 4 настоящего Договора, и в соответствии с Прейскурантом (Приложение № 1 к настоящему Договору).

**2. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН**

2.1. Исполнитель принимает на себя следующие обязательства:

2.1.1. Оказывать Застрахованным, обратившимся за медицинской помощью к Исполнителю, медицинские услуги, в соответствии с Прейскурантом (Приложение № 1),Страховым полисом ДМС, Правилами добровольного медицинского страхования (Выпиской из Правил) и Программой страхованияЗаказчика (Приложение №2), условиями настоящего Договора.

2.1.2. Оформлять необходимые для обслуживания Застрахованных документы в течение 3-х рабочих дней с момента получения от Заказчика списков по форме, приведенной в Приложении № 3, или непосредственно по факту обращения Застрахованного за медицинской помощью, в т.ч. по Гарантийному письму Заказчика (Приложение №9).В течение 4-х рабочих часов от момента получения списка по электронной почте Исполнитель обязан ответным письмом подтвердить факт его получения, если регламент Исполнителя предусматривает обслуживание Застрахованных по спискам.

2.1.3. Обеспечивать оказание Застрахованным медицинской помощи надлежащего качества и объема, в соответствии с действующим законодательством РФ. В течение одного рабочего дня (с момента, когда Исполнителю стало известно) уведомить Заказчика о следующих событиях по телефону пульта Заказчика 8 800 100 16 62*:*

- о выявлении факта передачи Застрахованным своего Страхового полиса ДМС другому лицу или иных его действий, направленных на получение медицинских услуг другим лицом;

- в случае невозможности оказания каких-либо видов медицинской помощи, определенных в Приложении №1 к настоящему Договору.

Информировать Заказчика о временной невозможности госпитализации Застрахованных в одно из отделений Исполнителя незамедлительно после возникновения подобных обстоятельств.

2.1.4. При выявлении у Застрахованного заболеваний, обращение по поводу которых в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования (Выпиской из Правил) и Программой страхования Заказчика (Приложение №2) не является страховым случаем, в течение 3-х рабочих дней письменно уведомить Заказчика,с указанием кода диагноза по МКБ-10. Медицинские услуги в подобном случае могут быть оказаны Застрахованному только по Гарантийному письму Заказчика либо за наличный расчёт Застрахованного.

2.1.5. Оформлять, вести и выдавать Застрахованным необходимую медицинскую документацию на бумажном носителе, связанную с выявленным у Застрахованного заболеванием (медицинская карта, листок временной нетрудоспособности, выписной эпикриз, справки, рецепты, направления), в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, нормативно-правовыми актами органов управления здравоохранением и условиями настоящего Договора.В медицинской карте обязательно должно быть описание: анамнеза, жалоб, объективного осмотра, обследований и исследований, а также их результаты; диагноз; описание назначенных и проведенных манипуляций; дата приема и подпись врача. Медицинская документация должна быть читаема.

2.1.6. Предоставлять уполномоченным представителям Заказчика сведения о Застрахованном и документацию об оказанной ему медицинской помощи, необходимые для проведения контроля объемов, сроков и условий предоставления медицинской помощи, оказанной Застрахованным в рамках настоящего Договора.Обеспечить уполномоченным представителям Заказчика свободный доступ к первичной медицинской документации, учетно-отчетной и иной необходимой документации Исполнителя, связанной с исполнением настоящего Договора. Исполнитель в течение 5 (пяти) рабочих дней с момента получения запроса от Заказчика обязан предоставить уполномоченным представителям Заказчика необходимую документацию в соответствии с запросом - оригинал у Исполнителяили копию по электронной почте/факсу Заказчика, обеспечить условия для работы уполномоченных представителей Заказчика на территории Исполнителя.

2.1.7. Предоставлять Прейскурант на медицинские услуги (Приложение №1) в виде электронной таблицы формата EXCEL (.xls. .xlsx), состоящий из следующих полей:

- Уникальный код услуги, идентичный кодам услуг в статистическом материале к счету;

- Полное наименование услуги;

- Цена (в числовом формате, без текстовых данных);

- Раздел прейскуранта (при наличии таковых в структуре прейскуранта);

Прейскурант направляется уполномоченным представителям Заказчика, заверенный печатью и подписью ответственного лица Исполнителя, на бумажных носителях с обязательным уведомлением о вручении по адресу 443013, Самарская область, г. Самара, ул. Дачная, д.24, а также по электронной почте на адресsamaradms@allianz.ru

Изменения и дополнения в Приложение №1, связанные с изменением перечня медицинских услуг, оказываемых Исполнителем, могут вноситься не чаще 1 (одного) раза в календарный квартал с первого месяца календарного квартала, с предварительным письменным извещением Заказчика за 1 (один) календарный месяц. Изменение кодов медицинских услуг в течение календарного года не допускается. Стоимость медицинских услуг, указанная в Приложении № 1, может суммарно изменяться один раз в год в пределах официального годового уровня инфляции. Об изменении стоимости медицинских услуг (Приложение №1) Исполнитель письменно извещает Заказчика за 1 (один) календарный месяц до введения новых цен.

2.1.8. Оказывать медицинскую помощь Застрахованным, не прикрепленным на медицинское обслуживание к Исполнителю, по направлению круглосуточного диспетчерского пульта Заказчика на основании Гарантийного письма Заказчика.

2.1.9.Обеспечить свободный доступ Застрахованных к лечебно-диагностической базе Исполнителя, самостоятельно выдавать (при первичном посещении Застрахованным Исполнителя) или передавать уполномоченным представителям Заказчика разрешительные документы для прохода застрахованных на территорию Исполнителя, для оказания медицинской помощи (в случае, если это оговорено внутренними документами регламента посещения Исполнителя).

2.1.10. Вести учет видов, объема, сроков и стоимости оказанных медицинских услуг Застрахованным в соответствии с действующим законодательством и условиями настоящего Договора.

2.1.11. Решать с Заказчиком административные (организационные) вопросы, возникающие в процессе организации и оказания медицинской помощи Застрахованным, без вовлечения Застрахованного или Страхователя[[1]](#footnote-2).

2.1.12. Не производить обзвон Застрахованных Заказчика, и не приглашать их какими-либо иными способами к Исполнителю на прием с целью оказания им услуг, предусмотренных и не предусмотренных программой страхования Застрахованного, без направления круглосуточного диспетчерского пульта или Гарантийного письма Заказчика.

2.1.13. Не проводить рекламную компанию по продвижению услуг в СМИ, Интернет, а также путем размещения наружной рекламы с использованием логотипа, товарного знака Заказчика без получения официального разрешения Заказчика.

2.1.14. В случае отсутствия оплаты (задержки оплаты) услуг со стороны Заказчика, наличия споров между Заказчиком и Исполнителем, в том числе споров связанных с проведенными техническими и (или) Медико-экономическая проверками Заказчиком, Исполнитель обязуется не приостанавливать оказание медицинской помощи, а также не отказывать в оказании медицинской помощи Застрахованным лицам, предусмотренной страховым полисом ДМС, Правилами добровольного медицинского страхования (Выпиской из Правил)и Программами страхования. Все споры разрешаются между Сторонами Договора и не могут влиять на качество оказываемых Застрахованным лицам услуг Исполнителем по настоящему Договору.

2.2. Заказчик принимает на себя следующие обязательства:

2.2.1. Оплачивать Исполнителю стоимость медицинских услуг, оказанных Застрахованным Заказчика в соответствии с условиями Договора по ценам, указанным в Приложении №1 к настоящему Договору.

2.2.2. Выдавать Застрахованным Страховой полис ДМС установленного образца, который является пропуском в медицинскую организацию (Приложение №8, 8.1).

При получении Страхового полиса ДМС, Застрахованный считается ознакомленным с п.3.1 (9.6.6) Правил добровольного медицинского страхования Заказчика и предоставляет Заказчику право на ознакомление со своей медицинской документацией для решения вопросов, связанных с оплатой медицинских услуг и для защиты прав застрахованных, а также подтверждает свое согласие на обработку персональных данных в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных».

2.2.3. Предоставлять Исполнителю списки прикрепленных Застрахованных и изменения к спискам (замена или исключение из состава Застрахованных) по электронной почте [n.sorcrb\_123@sorcrb.ru](mailto:n.sorcrb_123@sorcrb.ru) Информацию о Застрахованных направлять в заархивированном виде с паролем. Стороны согласились, что списки Застрахованных, заверенные подписью и печатью Заказчика и переданные в электронном виде имеют юридическую силу, равную юридической силе документа на бумажном носителе и не требуют дальнейшего подтверждения и заверения.

2.2.4. Проводить контроль объемов, сроков и условий предоставления медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию путем проведения проверок по просьбе Застрахованного, Страхователя или по инициативе Заказчика в соответствии с условиями настоящего Договора.Периодичность и объем медико-экономической проверки устанавливается Заказчиком. Медико-экономическая проверка может проводиться в отношении медицинских услуг, оказанных как в отчетном периоде, так и за 11 месяцев, предшествующих отчетному, так и иному периоду, определенному Заказчиком, независимо от того, оплачена стоимость оказанных медицинских услуг Заказчиком или нет. Медико-экономическая проверка проводитсяпо представленным Заказчиком счетам и реестрам медицинских услуг и/или первичной медицинской документации (копии и/или оригиналы) и пр., по всем услугам, оказанным Застрахованным, в т.ч. по Гарантийным письмам Заказчика и по услугам, устно согласованным с уполномоченными представителями Заказчика.

2.2.5. Уведомлять Исполнителя об изменениях Правил добровольного медицинского страхованияЗаказчика (Приложение №2) в течение 1 (одного) месяца с даты утверждения новой редакции.

**3. ПОРЯДОК МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

3.1. Медицинская помощь оказывается Застрахованным согласно условиям п. 2.1.1. настоящего Договора.Госпитализация Застрахованных осуществляется строго по согласованию с круглосуточным диспетчерским пультом Заказчика. Согласование может производиться по телефону либо письменно (путем предоставления Заказчиком гарантийного письма). В случае, если согласование возможности госпитализации Застрахованного было осуществлено амбулаторно-поликлиническим учреждением, на бланке направления на госпитализацию должна иметься отметка о дате согласования и фамилии диспетчера круглосуточного диспетчерского пульта Заказчика, разрешившего госпитализацию.

Исполнитель оказывает квалифицированную медицинскую помощь, соблюдая профессиональные стандарты (порядки) оказания медицинской помощи, медицинские технологии, технику безопасности, санитарные правила и нормы,силами квалифицированных специалистов, состоящих в штате Исполнителя.

3.2. При оказании медицинской помощи Исполнитель контролирует:

- срок действия Страхового полиса ДМС Застрахованного;

- право Застрахованного на обслуживание Исполнителем (наличие Застрахованного в списках, направленных Заказчиком или наличие Гарантийного письма)путем сверки данных документа, удостоверяющего личность Застрахованного, с данными, указанными в списке Застрахованных / Гарантийном письме/вСтраховом медицинском полисе ДМС;

- соответствие оказываемых медицинских услуг программе страхования Застрахованного, Правилам добровольного медицинского страхования (Выписке из Правил) и Программой страхования Заказчика (Приложение №2);

- выезд врача на дом и выезд СМП осуществляется в зоне обслуживания Исполнителя, но не далее административных границ города;

- выезд врача на дом и выезд СМП за административные границы города осуществляется только по согласованию с пультом Заказчика.

3.3. При оказании медицинской помощи по направлению круглосуточного диспетчерского пульта Заказчика путем устного согласования, либо по предоставлению Гарантийного письма Заказчика, для определения возможности оказания медицинских услуг Исполнитель руководствуется полученной от Заказчика информацией.

3.4. Медицинское обслуживание Застрахованных осуществляется в соответствии с режимом работы Исполнителя.

3.5. В случае нарушения Застрахованным медицинских предписаний или лечебно-охранительного режима, Исполнитель вправе отказать ему в гарантированном медицинском обслуживании и в 3-хдневный срок проинформировать о данном факте Заказчика.

3.6. Выдача направлений на получение медицинской помощи в иные медицинские учреждения, организация плановой госпитализации (в том числе и подготовка к ней) и экстренной госпитализации Застрахованных осуществляется только по согласованию с диспетчерским пультом Заказчика по телефону +7 495 234-16-62 (круглосуточно) *для ГК*, 8 800 10 16 62 *для регионов*, по телефону - после получения копии направления на госпитализацию по электронному адресу или факсу Заказчика.Направления на плановую госпитализацию, предусматривающие начало госпитализации в выходные дни, не выдаются.

3.6.1. Характер, объем, и сроки оказания медицинской помощи Застрахованным устанавливаются Исполнителем в соответствии с медицинскими показаниями для лечения заболевания, указанного в направлении на госпитализацию. Оказание медицинских услуг в связи с другими (сопутствующими) заболеваниями Застрахованного, оплате не подлежит. Показания к плановому оперативному вмешательству, полнота обследования перед операцией, дата проведения госпитализации и операции определяются по итогам предварительных консультаций, проведенных специалистами Исполнителя по согласованию с Заказчиком.

Плановые оперативные вмешательства (при наличии показаний, согласно основному диагнозу) производятся в течение 1-2 дней с даты госпитализации застрахованного. Увеличение предоперационного периода свыше 2-х дней оплате не подлежит. Дополнительные исследования в период госпитализации могут быть проведены в сроки, отдельно установленные по согласованию с Заказчиком.

3.6.2. Перевод Застрахованного в другое отделение или в другуюмедицинскую организациюосуществляется только по согласованию с Заказчиком.

3.6.3. Исполнитель обеспечивает медикаментозное лечение Застрахованных в полном объеме. В случае отсутствия необходимых медикаментов в экстренных случаях Исполнитель вправе обратиться кЗаказчику. В этом случае Заказчик осуществляет доставку медикаментов Исполнителю с последующим оформлением Акта приема-сдачи, подписываемого с обеих сторон. Затраты Заказчика учитываются при взаиморасчетах.

3.6.4. В случае нарушения Застрахованным медицинских предписаний или лечебно-охранительного режима, Исполнитель вправе выписать Застрахованного из стационара, уведомив об этом Заказчика в течение 1 дня.

**4. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ**

4.1. Исполнитель ежемесячно, не позднее 20-го числа месяца, следующего за отчетным, предоставляет Заказчику счет (Приложение №7), счет-фактуру (при необходимости), Акт (Приложение №7.1) об оказаных медицинских услугах Застрахованным, прикрепленным на медицинское обслуживание к Исполнителю, реестр оказанных медицинских услуг (Приложение №7.1.1).

В счете и Акте в обязательном порядке указывается наименование документа,дата составления документа, наименование медицинской организации, номер и дата настоящего Договора, предмет счета, сумма счета, период оказания медицинских услуг, должность, подпись и расшифровка подписи подписанта Исполнителя, дата подписания, ссылка на документ, подтверждающий право подписи, печать Исполнителя.

Оплате подлежат медицинские услуги, указанные в отчетных документах, со сроками, не превышающими 6 (шести) месяцев с даты их оказания.

4.2. К Акту об оказанных медицинских услугах прилагается реестр оказанных медицинских услуг на бумажном носителе, заверенный печатью и подписью Исполнителя. Одновременно предоставляется расшифровка в электронном виде файла в формате EXCEL (Приложение 7.1.1) на соответствующий электронный адрес Заказчика[samaradms@allianz.ru](mailto:samaradms@allianz.ru) Расшифровка должна содержать следующую информацию: фамилия, имя, отчество Застрахованного, серия и № полиса, действующего на момент оказания медицинских услуг, диагноз или код диагноза по МКБ-10, номер зуба, код врача, наименование оказанной медицинской услуги, код услуги, указанный в Приложении № 1 к Договору, даты оказания услуги, стоимость услуги, количество услуг, стоимость с учетом количества оказанных услуг, № и дата Гарантийного письма (при оказании медицинских услуг на основании Гарантийных писем Заказчика)и итоговая стоимость услуг по каждому застрахованному; при наличии подписанного к Договору дополнительного соглашения о предоставлении скидки к Прейскуранту - итоговая стоимость услуг с учетом скидки по каждому застрахованному и в целом по реестру.

В случае перехода Исполнителя на упрощенную систему налогообложения в соответствии с статьей 346.12 и 346.13 главы 26.2 Налогового кодекса РФ, Исполнитель обязан предоставить копию свидетельства о переходе на упрощенную систему налогообложения/уведомления о возможности применения упрощенной системы налогообложения или информационное письмо.

4.3. Заказчик осуществляет техническую проверку счета на основании полученного реестра по оказанным услугам за месяц. В случае выявления несоответствий по результатам техническойпроверки Заказчик формирует акт разногласий (п. 4.5. настоящего Договора).

Заказчик оставляет за собой право осуществлять медико-экономическую проверку счета на основании полученного реестрапо оказанным услугам за любой период в течение срока действия Договора. В случае выявления несоответствий по результатам медико-экономическойпроверки Заказчик формирует акт разногласий (п. 4.7. настоящего Договора).

Акт об оказанных медицинских услугах может подписываться с учетом разногласий, выявленных по результатам медико-экономической (если такая проверка была проведена на дату составления Акта) и технических проверок. В случае выявления разногласий, Акт об оказанных медицинских услугах должен содержать ссылку на наличие акта разногласий. К Акту об оказанных медицинских услугах прилагается подписанный обеими Сторонами акт разногласий по результатам технической и/или медико-экономической проверки, который содержит следующие обязательные реквизиты:

* Номер акта
* Дата акта
* Ссылка на Акт об оказанных медицинских услугах, стоимость которого корректируется в результате данного акта
* Номер полиса застрахованного, по которому возникли разногласия
* ФИО застрахованного
* Код Услуги
* Наименование услуги
* Кол-во услуги
* Предмет разногласий
* ФИО и контакты врача-эксперта (при медико – экономической проверке)
* Подписи и печати Сторон, расшифровку подписей сторон и дату подписания Акта каждой Стороной.

В случае отсутствия выявления разногласий по результатам медико-экономической и технической проверки, акт разногласий не формируется.

По результатам проверки Акта и реестра оказанных медицинских услуг к нему, счета, счет-фактуру (далее – документов) не подлежит оплате Заказчиком стоимость медицинских услуг в следующих случаях:

- представлен неполный комплект документов (п.п.4.1, 4.2 настоящего Договора);

- оформление документов не соответствует требованиям, изложенным в Договоре (п.п. 4.1, 4.2 настоящего Договора): отсутствуют или не соответствуют указанным в данном Договоре юридические или банковские реквизиты, или другая существенная информация (п.п. 4.1, 4.2. настоящего Договора);

- не указан период оказания медицинских услуг, отсутствует подпись, печать, расшифровка подписи и должности подписанта Исполнителя на счете, Акте об оказанных услугах, а также отсутствует подпись главного бухгалтера на счете; отсутствие подписи подписанта Исполнителя и подпись главного бухгалтера на счет-фактуре (при наличии);

- не представлены реестр оказанных медицинских услуг на бумажном носителе, заверенный подписью и печатью Исполнителя, расшифровка в виде файла в формате EXCEL (п.4.2 настоящего Договора);

- в реестре оказанных медицинских услуг подпись не заверена печатью Исполнителя, сумма в реестре не совпадает с суммой, указанной в счете, подпись подписанта Исполнителя не совпадает с подписью на Акте об оказанных услугах;отсутствует в реестре оказанных медицинских услугсерия и № полиса, диагноз или код диагноза по МКБ-10, номер зуба, код врача, наименование оказанной медицинской услуги, код услуги, указанный в Приложении № 1 к Договору, дата оказания услуги, стоимость услуги, количество услуг, стоимость с учетом количества оказанных услуг, № и дата Гарантийного письма (при оказании медицинских услуг на основании Гарантийных писем Заказчика)и итоговая стоимость услуг по каждому Застрахованному;

* Дублирование услуг в счете и записей из счета за предыдущий период;
* формирование счета за медицинские услуги, не вошедшие в Приложение №1 к Договору или по ценам, которые не соответствует стоимости, указанной в Приложении №1 к Договору;
* медицинские услуги, полученные не Застрахованными Заказчика;
* медицинские услуги, дата оказания которых не соответствует периоду оказания медицинскихуслуг по счету;
* медицинские услуги, оказанные по нестраховым случаям (не соответствующие программе страхования Застрахованного);
* диагноз Застрахованного не соответствует его страховой программе;
* медицинские услуги, требующие согласования с Заказчиком, но не согласованные и оказанные без гарантий оплаты;
* завышение объема медицинских услуг (услуги, не соответствующие стандартам медицинской помощи, клиническим рекомендациям, протоколам, утвержденным медицинским технологиям и другим нормативно-правовым документам);
* медицинские услуги, несоответствующие (по объему и составу) диагнозу, указанному в реестре медицинских услуг;
* неправильное кодирование услуги;
* медицинские услуги, являющиеся составной частью других медицинских услуг в соответствии с Номенклатурой работ и услуг в здравоохранении, Номенклатурой медицинских услуг;
* непредоставление медицинской документации;
* дефекты оформления медицинской документации и реестров медицинских услуг (п.4.2);
* количество койко-дней не соответствует срокам пребывания в стационаре

- *не подлежит оплате Заказчиком часть стоимости медицинских услуг, которая должна была быть оплачена Застрахованным непосредственно в кассу Исполнителя, в случаях, если программа страхования Застрахованного предусматривает франшизу или долевую оплату медицинских услуг (при наличии соответствующего дополнительного соглашения к настоящему договору)[[2]](#footnote-3).*

После устранения замечаний по результатам технической проверки в документах Исполнителя, оказанные медицинские услуги подлежат оплате в соответствии с п.4.6. настоящего Договора.

4.4. По результатам проверки документов при отсутствии замечаний со стороны Заказчика подписывается представленный Акт об оказанных медицинских услугах.

Заказчик обязан в течение 20 (двадцати) рабочих дней после получения Акта об оказанных медицинских услугах подписать и вернуть Исполнителю данный Акт, либо в тот же срок направить Исполнителю мотивированный отказ от подписания Акта с указанием замечаний, подлежащих исправлению Исполнителем.

4.5. При наличии замечаний Заказчика к представленным документам оформляется Акт разногласий по результатам технической проверки счета (Приложение №4) . Акт разногласий по результатам технической проверки оформляется в виде приложения к Акту об оказанных услугах. Сумма, указанная Исполнителем в Акте об оказанных услугах, корректируется на сумму выявленных дефектов и указывается в Акте разногласий по результатам технической проверки. Подготовленные Заказчиком два экземпляра Акта разногласий по результатам технической проверки и Акт об оказанных услугах направляются Исполнителю в течение 20 (двадцати) рабочих дней с даты получения полного комплекта документов, при этом Заказчик вправе приостановить до урегулирования спорных вопросов оплату Исполнителю медицинских услуг на сумму, подлежащую удержанию в соответствии с указанным Актом разногласий по результатам технической проверки. Исполнитель в срок не позднее 10 (десяти) рабочих дней от даты поступления Акта разногласий по результатам технической проверки согласовывает при отсутствии возражений Акт разногласий по результатам технической проверки путем его подписания либо направляет мотивированный ответ Заказчику. Один экземпляр подписанного Акта разногласий по результатам технической проверки направляется обратно в адрес Заказчика. В случае, если в течение 20 (двадцати) рабочих дней с момента получения Акта разногласий по результатам технической проверки от Заказчика, Исполнитель не предоставил в адрес Заказчика подписанный Акт разногласий по результатам технической проверки или мотивированный ответ, Акт разногласий по результатам технической проверки считается согласованнымИсполнителем без замечаний.

В случае дальнейшего пересмотра Акта разногласий по результатам технической проверки, Исполнитель вправе направить мотивированное несогласие в адрес Заказчика. В случае принятия Заказчиком данного несогласия, Заказчик в течение 10 (десяти) рабочих дней формирует корректировочный акт разногласий по результатам технической проверки (Приложение №11) и направляет в адрес Исполнителя два экземпляра данного корректировочного акта. Исполнитель обязан в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения корректировочного акта разногласий по результатам технической проверки подписать его и вернуть один экземпляр обратно в адрес Заказчика. Данный корректировочный акт разногласий по результатам технической проверки оформляется в виде приложения к Акту об оказанных услугах.

4.6. Заказчик обязуется оплатить представленный Исполнителем счет за фактически оказанные услуги в течение 10 (десяти) банковских дней с даты его поступления к Заказчику при условии подписания Акта об оказанных услугах (с учетом результатов технической проверки) за соответствующий период, к которому относится счет, а также с учетом результатов медико-экономической проверки (п.п. 4.7 – 4.9 настоящего Договора) и экспертиз страхового случая (п.4.10 настоящего Договора). Доставка оригиналов финансовых документов для осуществления оплаты счета Заказчиком обеспечивается силами и за счет Исполнителя.

4.7. Заказчик по результатам медико-экономической проверки вправе полностью или частично отказаться от оплаты оказанных медицинских услуг. Заказчик письменно уведомляет Исполнителя о допущенных им ошибках и оплачивает в установленные настоящим Договором сроки счет Исполнителя за минусом стоимости этих услуг, а в случае, если данные услуги оплачены, денежные средства подлежат возвратуЗаказчику или зачитываются при следующих взаиморасчетах. По результатам медико-экономической проверки Заказчик направляет Исполнителю два экземпляра Акта разногласий по результатам медико-экономической проверки счета (Приложение №5). Акт разногласий по результатам медико-экономической проверки оформляется в виде приложения к Акту об оказанных услугах.

4.8. Срок рассмотрения Исполнителем Акта разногласий по результатам медико-экономической проверки счета (Приложение №5) составляет 14 (четырнадцать) рабочих дней с момента его получения, в течение которых Исполнитель обязуется подписать Акт, либо дать письменный мотивированный ответ, содержащий разъяснения к представленным в Акте замечаниям.

В случае отказа Исполнителя от подписания Акта в течение 14 (четырнадцати) рабочих дней, либо от направления письменного мотивированного ответа, Заказчик имеет право приостановить до урегулирования спорных вопросов оплату Исполнителю медицинских услуг на сумму, подлежащую удержанию в соответствии с указанными Актами.В случае, если в течение 20 (двадцати) рабочих дней Исполнитель не предоставил в адрес Заказчика подписанный Акт разногласий по результатам медико-экономической проверки или Протокол несогласия, проверка считается завершенной, и Заказчик имеет право не оплачивать до урегулирования спорных вопросов Исполнителю за медицинские услуги на сумму, подлежащую удержанию Заказчиком в соответствии с указанным Актом. Акт считается согласованнымИсполнителем без замечаний и учитывается в дальнейших взаиморасчётах.

В случае направления Исполнителем Протокола несогласия и принятия Заказчиком положений Протокола несогласия, Заказчик корректирует Акт разногласий по результатам медико-экономической проверки счета (Приложение № 5) либо формирует корректировочный акт разногласий по результатам медико-экономической проверки (Приложение №12) и направляет в адрес Исполнителя два экземпляра данного Акта разногласий либо корректировочного акта. Исполнитель обязан в течение 10 (десяти) рабочих дней со дня получения Акта разногласий либо корректировочного акта разногласий по результатам медико-экономической проверки подписать его и вернуть данный Акт Заказчику. Корректировочный Акт разногласий по результатам медико-экономической проверки оформляется в виде приложения к Акту об оказанных услугах.

4.9. При несогласии Сторон с результатами медико-экономической проверки для разрешения спора в досудебном порядке, а также для рассмотрения случаев неудовлетворительного оказания Застрахованным медицинских услуг, из представителей Сторон на паритетных началах создается Согласительная комиссия. Сроки формирования Согласительной комиссии составляют 30 (тридцать) рабочих дней с момента получения запроса от одной из Сторон. Срок рассмотрения вопросов Согласительной комиссией не должен превышать 3-х месяцев с даты предъявления претензии. Решение Согласительной комиссии оформляется в виде Протокола, срок согласования которого не превышает 15 (пятнадцать) рабочих дней с момента получения одной из Сторон и является обязательным для исполнения Сторонами.

4.10. Проверку жалоб и заявлений Застрахованных, связанных с их медицинским обслуживанием за любой период срока страхования, направленных ИсполнителюЗаказчиком, Исполнитель проводит в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения жалобы Застрахованного Заказчиком,и предоставляет по запросу уполномоченным представителям Заказчика результаты рассмотрения жалоб (заявлений) и копии медицинской документации по электронной почте. Информация в адрес Заказчика направляется в заархивированном виде с паролем. Стоимость медицинских услуг, не подлежащих оплате в соответствии с пунктом 5.3. настоящего Договора, оформляется Актом по экспертизе страхового случая (Приложение №6) и взыскивается с Исполнителя путем удержания из последующих счетов.Если удержание денежных средств Заказчиком невозможно по причине отсутствия подлежащихоплате счетов Исполнителя, в последующих отчетных периодах, то Заказчик направляет в адрес Исполнителя уведомление с требованием вернуть излишне оплаченные денежные средства, а Исполнитель обязан вернуть данные денежные средства в течение 3 (трех) рабочих дней с момента получения от Заказчика данного уведомления.

4.11. Стороны предусматривают возможность установления специальных цен и условий оказания медицинской помощи, в т.ч. скидок к прейскуранту или иных программ медицинского обслуживания для отдельных контингентов Застрахованных, путем подписания Дополнительного соглашения.

4.12. Ежегодно, не позднее последнего числа третьего месяца, следующего после отчетного года, Стороны производят выверку взаиморасчетов и подписывают Акт сверки взаиморасчетов.

**5. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН.**

5.1. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязательств по настоящему Договору Стороны несут ответственность, предусмотренную настоящим Договором и действующим законодательством Российской Федерации.

5.2. За просрочку платежей, предусмотренных настоящим Договором, произошедшую по вине Заказчика, Исполнитель вправе выставить Заказчику неустойку в размере 0,1% от суммы задолженности за каждый день просрочки, но не более 5 % от суммы подлежащего платежа.

5.3. В случае необоснованного отказа Исполнителя в предоставлении Застрахованному (Застрахованным) в рамках настоящего Договора услуг, или в случае взимания с Застрахованного (Застрахованных) платы за оказание услуг, предусмотренных программой страхования Застрахованного, направлением круглосуточного диспетчерского пульта или Гарантийным письмом Заказчика, Исполнитель выплачивает Заказчику штраф в однократном размере стоимости таких услуг.

5.4. В случае признания факта оказания неполной или неудовлетворительной медицинской помощи, повлекшей за собой осложнения у Застрахованного, Исполнитель возмещает причиненный вред Застрахованному и берет на себя обязательства по возмещению расходов на лечение и проведение реабилитации Застрахованного по данному осложнению. В случае, если возмещение расходов на лечение и проведение реабилитации было взыскано с Заказчика, то Исполнитель возмещает такие расходы Заказчику в течение 3 (трех) рабочих дней со дня получения письменного требования от Заказчика.

5.5. Неоплата или неполная оплата медицинских услуг Заказчиком занеоказание, несвоевременное оказание либо оказание медицинской помощи ненадлежащего качества, а также уплата Исполнителем штрафов не освобождает Исполнителя от возмещения Застрахованному вреда, причиненного по вине Исполнителя, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

5.6. Стороны могут предъявлять взаимные претензии по фактам нарушения норм и правил в течение всего срока действия Договора.

5.7. Стороны обязуются принимать к рассмотрению и давать письменные мотивированные ответы на претензии другой Стороны в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты предъявления претензии, исправлять допущенные упущения и учитывать в последующей работе законные требования, содержащиеся в претензии.

5.8. В случае организации Застрахованным плановой и экстренной госпитализации, а также подготовка к ней Застрахованных без согласования с круглосуточным диспетчерским пультом Заказчика, Исполнитель самостоятельно оплачивает стоимость полученных Застрахованным медицинских услуг или госпитализации.

**6. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ**

6.1. При возникновении обстоятельств непреодолимой силы, т.е. не зависящих и не могущих зависеть от волеизъявления Сторон (природные, стихийные бедствия, военные действия, забастовки, массовые волнения) возникших после заключения настоящего Договора и препятствующих выполнению Сторонами своих обязательств по настоящему Договору, Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по Договору. В этом случае выполнение обязательств по настоящему Договору откладывается на время действия обстоятельств непреодолимой силы.

Обязанность доказывания возникновения таких обстоятельств лежит на Стороне настоящего Договора, выполнению обязательств которой препятствует возникновение таких обстоятельств.

**7. ИЗМЕНЕНИЕ УСЛОВИЙ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА**

7.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены исключительно по обоюдному согласию Сторон. Одностороннее изменение условий Договора не допускается, а будучи допущенным любой из Сторон признается не имеющим юридической силы.

7.2. Если ни одна из Сторон за один месяц до окончания срока действия Договора не заявит о желании его расторгнуть и не предъявит дополнительные условия, то он считается каждый раз пролонгированным на следующий календарный год.

7.3. Действие настоящего договора прекращается в случаях:

- ликвидации одной из Сторон,

- принятия судом решения о признании Договора недействительным.

7.4. Любая Сторона вправе отказаться от исполнения Договора в одностороннем порядке, путем направления другой Стороне уведомления о расторжении настоящего Договора за 30 (тридцать) рабочих дней до даты предстоящего расторжении.

В случае неполучения другой Стороной уведомления о расторжении настоящего Договора по причинам, не зависящим от Стороны, направившей уведомление, настоящий Договор считается прекращенным по истечении 30 (Тридцати) рабочих дней с даты отправки уведомления.

7.5. Во всех случаях расторжения Договора Стороны обязаны в течение 10 (десяти) банковских дней произвести выверку с подписанием акта взаимных расчетов, связанные с исполнением настоящего Договора, в том числе при необходимости возместить реальный ущерб согласно действующему законодательству Российской Федерации.

7.6. Изменения Правил добровольного медицинского страхования, программ страхования (Приложение №2) Стороны оформляют в письменном виде посредством подписания дополнительного соглашения.

**8. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ**

8.1. Все споры, возникающие по настоящему Договору в процессе его исполнения, рассматриваются и разрешаются в досудебном (претензионном) порядке. Претензия должна быть рассмотрена получившей ее Стороной в течение 30 (тридцати) календарных дней с даты ее получения. При не достижении согласия споры рассматриваются в Арбитражном суде по месту нахождения ответчика в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

8.2. Во всем остальном, что не предусмотрено настоящим Договором, Стороны руководствуются действующим законодательством Российской Федерации.

**9. КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ**

9.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению режима конфиденциальности информации, полученной при исполнении условий настоящего Договора. Передача информации третьим лицам или иное разглашение информации, признанной по настоящему Договору конфиденциальной, может осуществляться только с письменного согласия другой Стороны.

9.2. Конфиденциальной по настоящему Договору признается информация:

* о ценах на услуги, оказываемые Исполнителем(кроме случаев предоставления информации о стоимости услуг по запросам Застрахованных, получивших медицинскую помощь у Исполнителя),
* сведения о Страхователях и Застрахованных,
* сведения о заболеваниях Застрахованных,
* текст настоящего Договора, приложения и дополнительные соглашения к Договору.

9.3. Конфиденциальная информация о ценах и услугах, оказываемых Исполнителем в рамках настоящего Договора, может быть передана органам государственной власти без письменного согласия другой Стороны в строгом соответствии с законодательством Российской Федерации.

9.4. Передача сведений о заболеваниях, Застрахованных третьим лицам или иное разглашение данных сведений допускается только в случаях и в порядке, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

**10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ**

10.1. После подписания настоящего Договора все предварительные переговоры по нему: переписка, предварительные соглашения и протоколы о намерениях по вопросам, так или иначе касающимся настоящего Договора, теряют юридическую силу.

10.2. Ни одна из Сторон не вправе передавать третьей Стороне свои права и обязанности по настоящему Договору без письменного согласия на то другой Стороны.

10.3. Если одно из положений настоящего Договора становится недействительным, то это не затрагивает действительности остальных положений настоящего Договора.

10.4. В связи с заключением настоящего Договора ООО СК «Альянс Жизнь», адрес: 115184, г. Москва, Озерковская наб., д. 30 вправе обрабатывать персональные данные (далее – «ПДн») физических лиц - представителей и сотрудников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*указать наименование контрагента*) в целях исполнения Договора.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*указать наименование контрагента*) гарантирует, что передача ПДн физических лиц – представителей и сотрудников данной компании осуществляется с их согласия.

Действия по обработке ПДн физических лиц - представителей и сотрудников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*указать наименование контрагента*) включают любое действие (операция) или совокупность действий (операций), совершаемых с использованием средств автоматизации или без использования таких средств, с персональными данными, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), в том числе трансграничную, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать наименование контрагента) соглашается с тем, что, если это необходимо для реализации целей обработки ПДн физических лиц - представителей и сотрудников \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать наименование контрагента), ООО СК «Альянс Жизнь» вправе поручить обработку, включая трансграничную передачу, ПДн третьим лицам, а именно:

* АО СК «Альянс» с местоположением по адресу: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д.30;
* Альянс Технолоджи СЕ с местоположением по адресу 81737, Германия, г. Мюнхен, ул. Фритц-Шеффер, д.9;
* компаниям группы Альянс;
* контрагентам ООО СК «Альянс Жизнь»,

при условии соблюдения требований применимого законодательства об обеспечении конфиденциальности ПДн и безопасности ПДн при их обработке.

Условия настоящего пункта действуют как в течение срока действия Договора, так и в течение 5 (Пяти) лет после окончания действия Договора по любым основаниям.

10.5. При исполнении своих обязательств по настоящему Договору, Стороны, их аффилированные лица, работники, агенты, посредники, в том числе страховые посредники обязуются не осуществлять действия, нарушающие требования законодательства Российской Федерации о противодействии коррупции и легализации (отмыванию) доходов, полученных преступным путем и международных актов в указанной области.

Стороны, их аффилированные лица, работники, агенты, посредники, в том числе страховые посредники обязуются не производить выплаты и не предлагать выплатить какие-либо денежные средства или иные ценности в адрес любых лиц, в том числе представителей органов государственной власти, их работникам, членам их семей и т.п., для оказания влияния на действия или решения этих лиц.

Ни одна из Сторон не будет предлагать представителю, работнику, аффилированному лицу другой Стороны, а также принимать или соглашаться принять от работника, представителя, аффилированного лица, действующего от имени другой Стороны, какие-либо подарки, ценности или привилегии в денежном или ином выражении, в связи с обсуждением, заключением или исполнением настоящего Договора.

В случае возникновения у одной из Стороны подозрений о нарушении настоящего пункта, соответствующая Сторона обязуется уведомить другую сторону в течение 10 (десяти) рабочих дней с даты обнаружения такого нарушения в письменной форме. Сторона, направившая уведомление, вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке, направив уведомление о расторжении, и требовать возмещения убытков, возникших в результате такого расторжения, в соответствии со ст. 15 ГК РФ.

10.6. Все изменения и дополнения к настоящему Договору, в том числе касающиеся положений настоящего Договора, требующих взаимного согласия Сторон, будут действительны только при условии, если они совершены в письменной форме и подписаны уполномоченными на то представителями Сторон.

10.7. Стороны обязуются оперативно извещать друг друга об изменении адресов, банковских реквизитов, телефонов диспетчерских служб, по электронной почте и на бумажном носителе.В случае прекращения лицензии одной из Сторон, Стороны обязаны оповещать об этом друг друга за 1 (один) месяц до указанного события.

10.8. Стороны обязуются по мере возможности обеспечивать отправку документов, связанных с исполнением настоящего Договора, с курьером или почтовыми отправлениями. В случае невозможности одной из Сторон отправить документы с курьером, они могут быть переданы курьеру другой Стороны, имеющему доверенность на получение документов. Документы, переданные посредством факсимильной, электронной и иной связи (относящиеся к настоящему Договору), имеют равную юридическую силу для обеих Сторон до замены их на оригиналы документов.

10.9. Настоящий Договор составлен в 2-х подлинных экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон.

10.10. Неотъемлемой частью настоящего Договора являются следующие Приложения:

Приложение №1. Прейскурант.

Приложение №2. Выписка из Правил добровольного медицинского страхования, ООО СК «Альянс Жизнь», а также программы добровольного медицинского страхования, утвержденных приказом от 31.07.2015г. № 179.

с Приложением №2.1.(порядок оказания стоматологических услуг по комплексной

программе Добровольного медицинского страхования «Стандарт»), Приложением №2.2 (Особенности стоматологической помощи в рамках Комплексной программы добровольного медицинского страхования «Стандарт»)

Приложение №3. Список Застрахованных, принятых на обслуживание (форма).

Приложение №4. Акт разногласий по результатам технической проверки счета (форма).

Приложение №5. Актразногласий по результатам медико-экономической проверки счета (форма).

Приложение №6. Акт по экспертизе страхового случая (форма).

Приложение №7. Счет (форма).

Приложение № 7.1 Акт об оказанных услугах с Приложением 7.1.1 (реестр оказанных медицинских услуг) (форма).

Приложение №8, 8.1. Страховой полис ДМС (образец).

Приложение №9. Гарантийное письмо (форма).

Приложение №10. Лицензии Сторон (копии).

Приложение №11. Корректировочный Акт разногласий по результатам технической проверки счета (форма)

Приложение №12. Корректировочный Акт разногласий по результатам медико-экономической проверки счета (форма)

1. **СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА.**

Настоящий Договор вступает в силу с момента его подписания Сторонами и действует три года.

1. **ЮРИДИЧЕСКИЕ АДРЕСА И РЕКВИЗИТЫ СТОРОН.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Почтовый адрес** (филиала)**:**443013, Самарская область, г. Самара, ул. Дачная, д.24 | **Почтовый адрес** (филиала)**:**  461900, Оренбургская область, г. Сорочинск, ул. Карла Маркса, 87 |
| **Юридические реквизиты:**  Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Альянс Жизнь», 115184, Москва, Озерковская наб., дом 30, ИНН 7727257386, КПП 770501001,  код ОКПО 70250916, код ОКВЭД 65.11  . | **Юридические реквизиты:**  461900, Оренбургская область, г. Сорочинск, ул. Карла Маркса, 87  ОГРН: 1215600004597  ИНН: 5617023039  КПП: 561701001 |
| **Банковские реквизиты:**  р/с 40701810500060000080 в ПАО Банк ВТБ  г. Москвы, к/с 30101810700000000187 в ОПЕРУ Московского ГТУ Банка России,  БИК 044525187 | **Банковские реквизиты**:  Получатель: Министерство финансов Оренбургской области (ГБУЗ «Сорочинская МБ», лицевой счет 039.13.164.0  Единый казначеский счет: 40102810545370000045  БИК: 015354008  Банк: Отделение Оренбург//УФК по Оренбургской области, г. Оренбург  Казначейский счет: 03224643530000005300 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **От имени Заказчика**  Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | **От имени Исполнителя**  **Главный врач ГБУЗ «Сорочинская МБ»** |
| /Лукина О.О./ |  | /О.П.Лысак/ |
| М.П. |  | М.П. |

**Приложение №1**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«СОГЛАСОВАНО»** |  | **«УТВЕРЖДАЮ»** |
| **От имени Заказчика** |  | **От имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | **Главный врач**  **ГБУЗ «Сорочинская МБ»** |
| **/Лукина О.О.** |  | **/О.П.Лысак** |
| **М.П.** |  | **М.П.** |

**ПРЕЙСКУРАНТ ЦЕН НА ПЛАТНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ**

**от «20» января2022г.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ПРЕЙСКУРАНТ** | | | |
| **платных медицинских услуг,** | | | |
| **оказываемых ГБУЗ «Сорочинская межрайонная больница»** | | | |
|  |  |  |  |
| № п/п | Код медицинской услуги | **Наименование услуги** | Сумма, руб. |
|
| 1 |  | Медицинское освидетельствование для получения вида на жительство | 1631,00 |
| 2 | Д20.09.05 | Экспертиза годности на право владения огнестрельным оружием при наличии результатов флюорографии | 596,00 |
| 3 | Д20.09.04 | Работы по экспертизе профпригодности (медицинское освидетельствование граждан для допуска к управлению транспортными средствами категории А и В) | 596,00 |
| 4 | Д20.09.04 | Работы по экспертизе профпригодности (медицинское освидетельствование граждан для допуска к управлению транспортными средствами категории С, D, Е) | 1757,00 |
| 5 | B01.008.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога первичный | 194,00 |
| 6 | B04.008.002 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-дерматовенеролога | 130,00 |
| 7 | B01.057.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-хирурга первичный | 217,00 |
| 8 | B04.057.002 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-хирурга | 102,00 |
| 9 | B01.010.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-детского хирурга первичный | 175,00 |
| 10 | B01.014.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста первичный | 315,00 |
| 11 | B01.014.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста профилактический | 144,00 |
| 12 | B01.014.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-инфекциониста профилактический с выдачей экспертного заключения | 188,00 |
| 13 | B01.015.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-кардиолога первичный | 302,00 |
| 14 | B01.023.001 | Прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный | 261,00 |
| 15 | B04.023.002 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-невролога | 148,00 |
| 16 | А01.24.006 | Исследование вибрационной чувствительности | 99,00 |
| 17 | А01.24.004 | Исследование чувствительной и двигательной сферы при патологии периферической нервной системы (Динамометрия) | 99,00 |
| 18 | А01.24.007 | Проведение холодовой пробы | 149,00 |
| 19 | B01.027.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-онколога первичный | 293,00 |
| 20 | B01.028.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный | 237,00 |
| 21 | B04.028.002 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-отоларинголога | 151,00 |
| 22 | B03.028.001 | Аудиометрия | 224,00 |
| 23 | A03.25.001 | Вестибулометрия | 154,00 |
| 24 | А 16.25.007 | Удаление ушной серы | 147,00 |
| 25 | B01.029.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-офтальмолога первичный | 273,00 |
| 26 | B04.029.002 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача- офтальмолога | 175,00 |
| 27 | A02.26.003 | Офтальмоскопия | 113,00 |
| 28 | A02.26.004 | Визометрия | 71,00 |
| 29 | A02.26.005 | Периметрия | 125,00 |
| 30 | A02.26.009 | Исследование цветоощущения по полихроматическим таблицам | 18,00 |
| 31 | A02.26.014 | Скиаскопия | 143,00 |
| 32 | A02.26.015 | Тонометрия глаза | 79,00 |
| 33 | A02.26.023 | Исследование аккомодации | 90,00 |
| 34 | A03.26.001 | Биомикроскопия глаза | 92,00 |
| 35 | A03.26.008 | Рефрактометрия | 74,00 |
| 36 | А16.26.051 | Удаление инородного тела роговицы | 529,00 |
| 37 | A23.26.001 | Подбор очковой коррекции зрения | 166,00 |
| 38 | B01.031.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра первичный | 253,00 |
| 39 | B01.031.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-педиатра повторный | 177,00 |
| 40 | B01.033.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога первичный | 252,00 |
| 41 | B04.033.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога профилактический | 144,00 |
| 42 | B04.033.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-профпатолога профилактический с выдачей экспертного заключения | 221,00 |
| 43 | B01.047.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный | 280,00 |
| 44 | В04.047.002 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-терапевта | 163,00 |
| 45 | B01.050.001 | Прием (осмотр, консультация) врача – травматолога-ортопеда первичный | 225,00 |
| 46 | B01.053.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-уролога первичный | 258,00 |
| 47 | B01.054.001 | Осмотр (консультация) врача-физиотерапевта | 179,00 |
| 48 | B01.055.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра первичный | 352,00 |
| 49 | B01.055.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-фтизиатра профилактический | 179,00 |
| 50 | B01.058.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-эндокринолога первичный | 305,00 |
| 51 | B02.069.003 | Комплекс услуг по оказанию медицинской помощи в пути следования при медицинской эвакуации фельдшером (1 час работы) Реанимобиль "FIAT" С887ОК | 1580,00 |
| 52 | B02.069.003 | Комплекс услуг по оказанию медицинской помощи в пути следования при медицинской эвакуации фельдшером (1 час работы) Реанимобиль "Луидор" У427 КА | 1728,00 |
| 53 | B02.069.003 | Комплекс услуг по оказанию медицинской помощи в пути следования при медицинской эвакуации фельдшером (1 час работы) Реанимобиль "Луидор" | 1795,00 |
| 54 | B01.001.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога первичный | 378,00 |
| 55 | B04.001.002 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-акушера- гинеколога | 134,00 |
| 56 | В01.001.004 | Прием (осмотр, консультация) врача-акушера-гинеколога беременной первичный | 684,00 |
| 57 | A11.20.002 | Получение цервикального мазка | 56,00 |
| 58 | A11.20.005 | Получение влагалищного мазка | 56,00 |
| 59 | А11.20.014 | Введение внутриматочной спирали | 1590,00 |
| 60 | А16.20.036.001 | Электродиатермоконизация шейки матки | 2464,00 |
| 61 | А16.20.036.003 | Радиоволновая терапия шейки матки | 2416,00 |
| 62 | А16.20.037 | Медикаментозный аборт (при отсутствии полиса ОМС, либо повторный в течение одного календарного года для граждан РФ) | 8909,00 |
| 63 |  | Постановка на учет беременной (при отсутствии полиса ОМС) | 6180,00 |
| 64 | D20.02.01 | Предрейсовый, предсменный, предвахтовый медицинский осмотр работников | 40,00 |
| 65 | D20.02.01 | Послерейсовый, послесменный, послевахтовый медицинский осмотр работников | 35,00 |
|  |  | **Функциональная диагностика** |  |
| 66 | A05.10.002 | Проведение электрокардиографических исследований | 291,00 |
| 67 | A05.10.004 | Расшифровка, описание и интерпретация электрокардиографических данных | 57,00 |
| 68 | A12.10.001 | Электрокардиография с физическими упражнениями | 307,00 |
| 69 | A12.12.004 | Суточное мониторирование артериального давления | 702,00 |
| 70 | A12.09.001 | Исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков | 529,00 |
| 71 | A05.23.001 | Электроэнцефалография | 663,00 |
|  |  | **Стоматология** |  |
| 72 | B01.064.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога первичный | 281,00 |
| 73 | B01.064.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога повторный | 194,00 |
| 74 | B04.064.004 | Профилактический прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога | 117,00 |
| 75 | B01.064.003 | Прием (осмотр, консультация) врача- стоматолога детского первичный | 281,00 |
| 76 | B01.065.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-терапевта первичный | 281,00 |
| 77 | B01.066.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-ортопеда первичный | 281,00 |
| 78 | B01.067.001 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга первичный | 281,00 |
| 79 | B01.067.002 | Прием (осмотр, консультация) врача-стоматолога-хирурга повторный | 194,00 |
| 80 | А16.07.001.002 | Удаление постоянного зуба | 175,00 |
| 81 | А16.07.001.003 | Удаление зуба сложное с разъединением корней | 445,00 |
| 82 | А16.07.002.002 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта (I, V, VI класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту: снятие пломбы, трепанацию, закрытие перфорации, наложение пломбы, полировку) материалами химического отверждения | 747,00 |
| 83 | А16.07.002.005 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта (II, III класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту: наложение пломбы, полировку) материалами химического отверждения | 962,00 |
| 84 | А16.07.002.008 | Восстановление зуба IV класса по Блэку (включает: подготовку полости по стандарту, наложение пломбы, полировку) материалами химического отверждения | 1262,00 |
| 85 | А16.07.002.003 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта (I, V, VI класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту: снятие пломбы, трепанацию, закрытие перфорации, наложение пломбы, полировку) материалами из фотополимеров | 1289,00 |
| 86 | А16.07.002.006 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта (II, III класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту: наложение пломбы, полировку) материалами из фотополимеров | 1671,00 |
| 87 | А16.07.002.009 | Восстановление зуба пломбой IV класса Блэка (включает подготовку полости по стандарту: снятие пломбы, трепанацию, закрытие перфорации, наложение пломбы, полировку) материалами из фотополимеров | 1791,00 |
| 88 | А16.07.002.002 | Восстановление зуба пломбой при полном отсутствии коронки зуба материалами из фотополимеров | 2359,00 |
| 89 | А16.07.002.001 | Восстановление зуба пломбой без нарушения контактного пункта (I, V, VI класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту: снятие пломбы, трепанацию, закрытие перфорации, наложение пломбы, полировку) стеклоиномерными цементами | 402,00 |
| 90 | А16.07.002.004 | Восстановление зуба пломбой с нарушением контактного пункта (II, III класса Блэка) (включает подготовку полости по стандарту: наложение пломбы, полировку) стеклоиномерными цементами | 487,00 |
| 91 | А16.07.002.007 | Восстановление зуба IV класса по Блэку (включает: подготовку полости по стандарту, наложение пломбы,полировку) стеклоиномерными цементами | 570,00 |
| 92 | А16.07.030.001 | Инструментальная и медикаментозная обработка и пломбирование одного канала в одноканальном зубе материалами импортного производства | 468,00 |
| 93 | А16.07.030.002 | Инструментальная и медикаментозная обработка и пломбирование двух каналов в двухканальном зубе материалами импортного производства | 634,00 |
| 94 | А16.07.030.003 | Инструментальная и медикаментозная обработка и пломбирование трех каналов в трехканальном зубе материалами импортного производства | 800,00 |
| 95 | А16.07.030.001 | Инструментальная и медикаментозная обработка и пломбирование одного канала в одноканальном зубе материалами отечественного производства | 258,00 |
| 96 | А16.07.030.002 | Инструментальная и медикаментозная обработка и пломбирование двух каналов в двухканальном зубе материалами отечественного производства | 341,00 |
| 97 | А16.07.030.003 | Инструментальная и медикаментозная обработка и пломбирование трех каналов в трехканальном зубе материалами отечественного производства | 424,00 |
| 98 | B01.003.004.005 | Инфильтрационная анестезия импортными анестетиками | 177,00 |
| 99 | B01.003.004.005 | Инфильтрационная анестезия отечественными анестетиками | 118,00 |
| 100 | A16.30.032 | Иссечение новообразования мягких тканей | 1028,00 |
| 101 | А15.03.007.001 | Шинирование при переломах челюстей без смещения отломков | 1630,00 |
| 102 | А15.03.007.002 | Шинирование при переломах челюстей со смещением отломков | 2624,00 |
| 103 | A16.07.058 | Лечение перикоронита (промывание, рассечение и/или иссечение капюшона) | 395,00 |
| 104 | A16.07.007 | Резекция верхушки корня | 1058,00 |
| 105 | А16.07.024 | Операция удаления непрорезавшегося, дистопированного или сверхкомплектного зуба | 975,00 |
| 106 | А16.07.085 | Фиксация внутриканального штифта (латунного), вкладки | 134,00 |
| 107 | А16.07.085 | Фиксация внутриканального штифта (титанового, стекловолоконного), вкладки | 243,00 |
| 108 | A16.07.014 | Дренирование абсцесса полости рта и зубов | 288,00 |
| 109 | A16.07.016 | Цистотомия или цистэктомия | 1062,00 |
| 110 | A16.07.017 | Коррекция объема и формы альвеолярного отростка | 480,00 |
| 111 | A16.07.020 | Удаление наддесневых и поддесневых зубных отложений (1 зуб) | 65,00 |
| 112 | А11.07.012.007 | Покрытие фторсодержащим препаратом (1 зуб) | 35,00 |
| 113 | А22.07.003 | Лазерная физиотерапия селюстно-лицевой области | 71,00 |
| 114 | А16.07.051 | Профессиональная гигиена полости рта и зубов (1 зуб) | 103,00 |
|  |  | **Ультразвуковые исследования** |  |
| 115 | А04.14.001 | Ультразвуковое исследование печени | 483,00 |
| 116 | А04.23.001.001 | Нейросонография | 681,00 |
| 117 | А04.14.002.001 | Ультразвуковое исследование желчного пузыря с определением его сократимости | 483,00 |
| 118 | А04.15.001 | Ультразвуковое исследование поджелудочной железы | 483,00 |
| 119 | А04.06.001 | Ультразвуковое исследование селезенки | 483,00 |
| 120 | А04.28.002.001 | Ультразвуковое исследование почек | 483,00 |
| 121 | А04.28.002.003 | Ультразвуковое исследование мочевого пузыря | 371,00 |
| 122 | А04.28.003 | Ультразвуковое исследование органов мошонки | 483,00 |
| 123 | А04.21.001.001 | Ультразвуковое исследование предстательной железы трансректальное | 483,00 |
| 124 | А04.20.001.001 | Ультразвуковое исследование матки и придатков трансвагинальное | 564,00 |
| 125 | А04.30.001 | Ультразвуковое исследование плода (беременность до 24 недель) | 681,00 |
| 126 | А04.30.001 | Ультразвуковое исследование плода (беременность более 24 недель) | 897,00 |
| 127 | А04.22.001 | Ультразвуковое исследование щитовидной железы и паращитовидных желез | 371,00 |
| 128 | А04.20.002 | Ультразвуковое исследование молочных желез | 483,00 |
| 129 | А04.06.002 | Ультразвуковое исследование лимфатических узлов (одна анатомическая зона) | 483,00 |
| 130 | А04.09.001 | Ультразвуковое исследование плевральной полости | 483,00 |
| 131 | А04.07.002 | Ультразвуковое исследование слюнных желез | 483,00 |
| 132 | A04.16.001 | Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (комплексное), в том числе: |  |
| 133 | A04.16.001 | Блок (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа) | 818,00 |
| 134 | A04.16.001 | Блок (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка) | 1113,00 |
| 135 | A04.16.001 | Блок (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки) | 1436,00 |
| 136 | A04.16.001 | Блок (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, почки) | 1221,00 |
| 137 | A04.16.001 | Блок (почки, надпочечники, мочевой пузырь) | 681,00 |
| 138 | A04.16.001 | Блок (предстательная железа, почки, мочевой пузырь) | 681,00 |
| 139 | A04.10.002 | Эхокардиография | 897,00 |
|  |  | **Рентгенография** |  |
| 140 | А06.03.010 | Рентгенография шейного отдела позвоночника (в 2-х проекциях) | 936,00 |
| 141 | А06.03.013 | Рентгенография дорсального отдела позвоночника (в 2-х проекциях) | 884,00 |
| 142 | А06.03.016 | Рентгенография пояснично-кресцового отдела позвоночника (в 2-х проекциях) | 936,00 |
| 143 | А.06.03.022 | Рентгенография ключицы | 409,00 |
| 144 | А06.03.024 | Рентгенография грудины (в одной проекции) | 464,00 |
| 145 | А06.03.041 | Рентгенография всего таза | 443,00 |
| 146 | А06.03.060 | Рентгенография черепа в прямой проекции | 624,00 |
| 147 | А06.04.001 | Рентгенография височно-нижнечелюстного сустава | 553,00 |
| 148 | А06.04.003 | Рентгенография локтевого сустава (в одной проекции) | 546,00 |
| 149 | А06.04.004 | Рентгенография лучезапястного сустава (в одной проекции) | 546,00 |
| 150 | А06.04.005 | Рентгенография коленного сустава (в одной проекции) | 546,00 |
| 151 | А06.04.010 | Рентгенография плечевого сустава (в одной проекции) | 546,00 |
| 152 | А06.04.011 | Рентгенография бедренного сустава (в одной проекции) | 546,00 |
| 153 | А06.04.012 | Рентгенография голеностопного сустава (в одной проекции) | 546,00 |
| 154 | А06.07.008 | Рентгенография верхней челюсти в косой проекции | 553,00 |
| 155 | А06.07.009 | Рентгенография нижней челюсти в боковой проекции | 553,00 |
| 156 | А06.08.003 | Рентгенография придаточных пазух носа | 398,00 |
| 157 | А06.07.003 | Прицельная внутриротовая контактная рентгенография | 120,00 |
| 158 | А06.09.007 | Рентгенография легких (в одной проекции) | 464,00 |
| 159 | А06.09.007.001 | Прицельная рентгенография органов грудной клетки (в одной проекции) | 464,00 |
| 160 | А06.16.001 | Рентгенография пищевода | 774,00 |
| 161 | А06.20.001 | Гистеросальпингография | 1028,00 |
| 162 | А06.20.004 | Маммография (в одной проекции) | 425,00 |
| 163 | А06.20.004 | Маммография (в прямой и косой проекциях) | 722,00 |
| 164 | А06.25.002 | Рентгенография височной кости | 553,00 |
| 165 | А06.28.002 | Внутривенная урография | 1432,00 |
| 166 | A06.16.007 | Рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки | 1050,00 |
| 167 | A06.18.001 | Ирригоскопия | 1128,00 |
| 168 | А06.30.002 | Описание и интерпретация рентгенографических изображений | 63,00 |
| 169 | А06.30.004 | Обзорный снимок брюшной полости и органов малого таза | 659,00 |
| 170 | А06.03.002.002 | Компьютерная томография головы без контрастирования структур головного мозга | 2514,00 |
| 171 | А06.08.007.003 | Спиральная компьютерная томография придаточных пазух носа | 2514,00 |
| 172 | А06.09.005.001 | Спиральная компьютерная томография грудной полости | 2514,00 |
| 173 | А06.30.005.002 | Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием | 2514,00 |
| 174 | А06.30.007.002 | Спиральная компьютерная томография забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием | 7027,00 |
| 175 | А06.04.017 | Компьютерная томография сустава | 2514,00 |
| 176 | А06.03.058. | Компьютерная томография позвоночника (один отдел) | 2514,00 |
| 177 | А06.21.003 | Компьютерная томография костей таза | 2514,00 |
| 178 | А06.03.021.001 | Компьютерная томография верхней конечности | 2514,00 |
| 179 | А06.03.036.001 | Компьютерная томография нижней конечности | 2514,00 |
|  | **Примечание: с**тоимость констрастного вещества, используемого при проведении исследования на компьютерном томографе с контрастированием, включается в оплату услуги дополнительно, исходя из цен расходных материалов, действующих на момент проведения контрастирования. | |  |
|  | **Зубопротезирование (ортопедические работы)** | |  |
| 180 | А16.07.004.001 | Восстановление зуба коронкой штампованной стальной | 782,00 |
| 181 | А16.07.004.009 | Восстановление зуба коронкой пластмассовой | 1111,00 |
| 182 | А16.07.004.003 | Восстановление зуба коронкой штампованной стальной с пластмассовой облицовкой | 1635,00 |
| 183 | А16.07.005 | Восстановление целостности зубного ряда несъемными мостовидными металлическими протезами | 1197,00 |
| 184 | А16.07.005.001 | Изготовление зуба стального | 579,00 |
| 185 | А16.07.005.009 | Изготовление зуба пластмассового | 899,00 |
| 186 | А16.07.005.003 | Изготовление фасетки, облицованной пластмассой | 1197,00 |
| 187 | А16.07.023 | Протезирование зубов полными съемными пластиночными протезами с 14 зубами из пластмассы | 4503,00 |
| 188 | А16.07.035.001 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом до 7 зубов из пластмассы (1 пластмассовый зуб) | 2399,00 |
| 189 | А16.07.035.001 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом до 7 зубов из пластмассы (2 пластмассовых зуба) | 2581,00 |
| 190 | А16.07.035.001 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом до 7 зубов из пластмассы (3 пластмассовых зуба) | 2987,00 |
| 191 | А16.07.035.001 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом до 7 зубов из пластмассы (4 пластмассовых зуба) | 3225,00 |
| 192 | А16.07.035.001 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом до 7 зубов из пластмассы (5 пластмассовых зубов) | 3349,00 |
| 193 | А16.07.035.001 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом до 7 зубов из пластмассы (6 пластмассовых зубов) | 3555,00 |
| 194 | А16.07.035.001 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом до 7 зубов из пластмассы (7 пластмассовых зубов) | 3698,00 |
| 195 | А16.07.035.005 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом от 8 до 13 зубов из пластмассы (8 пластмассовых зубов) | 3802,00 |
| 196 | А16.07.035.005 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом от 8 до 13 зубов из пластмассы (9 пластмассовых зубов) | 3938,00 |
| 197 | А16.07.035.005 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом от 8 до 13 зубов из пластмассы (10 пластмассовых зубов) | 4052,00 |
| 198 | А16.07.035.005 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом от 8 до 13 зубов из пластмассы (11 пластмассовых зубов) | 4161,00 |
| 199 | А16.07.035.005 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом от 8 до 13 зубов из пластмассы (12 пластмассовых зубов) | 4244,00 |
| 200 | А16.07.035.005 | Протезирование частичным съемным пластиночным протезом от 8 до 13 зубов из пластмассы (13 пластмассовых зубов) | 4407,00 |
| 201 | А16.07.052 | Восстановление зуба штифтовым зубом пластмассовым | 1802,00 |
| 202 | А02.07.006.001 | Снятие слепка при восстановлении зубов и (или) целостности зубного ряда (эластичной массой Гидрокалор 5) | 248,00 |
| 203 | А02.07.006.001 | Снятие слепка при восстановлении зубов и (или) целостности зубного ряда (эластичной массой Ипеен) | 236,00 |
| 204 | А02.07.006.001 | Снятие слепка при восстановлении зубов и (или) целостности зубного ряда (эластичной массой Гидрогум СОФТ) | 232,00 |
| 205 | А02.07.006.001 | Снятие слепка при восстановлении зубов и (или) целостности зубного ряда (слепка сложного эластичной массой Гидрокалор 5) | 401,00 |
| 206 | А16.07.053 | Снятие несъемной ортопедической конструкции - старой коронки | 137,00 |
| 207 | А16.07.053.002 | Снятие несъемной ортопедической конструкции - старой коронки литой | 337,00 |
| 208 | А16.07.035.014 | Устранение перелома или трещины базиса в протезе при протезировании съемными пластиночными протезами | 512,00 |
| 209 | А16.07.035.014 | Устранение перелома или трещины базиса в протезе при протезировании съемными пластиночными протезами (двух переломов базиса в протезе) | 560,00 |
| 210 | А16.07.035.014 | Устранение перелома или трещины базиса в протезе при протезировании съемными пластиночными протезами (крепление 1 кламмера и починка перелома базиса) | 810,00 |
| 211 | А16.07.035.014 | Устранение перелома или трещины базиса в протезе при протезировании съемными пластиночными протезами (крепление 1 зуба и починка перелома базиса) | 834,00 |
| 212 | А16.07.035.014 | Устранение перелома или трещины базиса в протезе при протезировании съемными пластиночными протезами (крепление 2 зубов и починка перелома базиса) | 876,00 |
| 213 | А16.07.035.014 | Устранение перелома или трещины базиса в протезе при протезировании съемными пластиночными протезами (крепление 3 зубов и починка перелома базиса) | 901,00 |
| 214 | А16.07.035.015 | Ремонт с установлением дополнительных элементов ( кламмера, зуба, приварка края протеза) - крепление 1 зуба | 751,00 |
| 215 | А16.07.035.015 | Ремонт с установлением дополнительных элементов ( кламмера, зуба, приварка края протеза) - крепление 2 зубов | 796,00 |
| 216 | А16.07.035.015 | Ремонт с установлением дополнительных элементов ( кламмера, зуба, приварка края протеза) - крепление 3 зубов | 855,00 |
| 217 | А16.07.035.015 | Ремонт с установлением дополнительных элементов ( кламмера, зуба, приварка края протеза) - крепление 4 зубов | 901,00 |
| 218 | А16.07.035.015 | Ремонт с установлением дополнительных элементов ( кламмера, зуба, приварка края протеза) - крепление 1 кламмера | 751,00 |
| 219 | А16.07.035.015 | Ремонт с установлением дополнительных элементов ( кламмера, зуба, приварка края протеза) - крепление 2 кламмеров | 797,00 |
| 220 | А16.07.035.015 | Ремонт с установлением дополнительных элементов ( кламмера, зуба, приварка края протеза) - крепление 1 зуба и 1 кламмера | 797,00 |
| 221 | А16.07.035.011 | Изготовление индивидуальной ложки при протезировании съемным пластиночным протезом (частичным или полным) | 593,00 |
| 222 | А16.07.035.19 | Изготовление кламмера гнутого одноплечевого | 125,00 |
| 223 | А16.07.005.013 | Пайка двух коронок | 285,00 |
| 224 | А16.07.049 | Повторная фиксация на постоянный цемент несъемной ортопедической конструкции – коронки | 190,00 |
| 225 | А16.07.049.1 | Фиксация на цемент стеклоимерный | 437,00 |
| 226 | А02.07.021 | Коррекция протеза | 299,00 |
| 227 | А02.07.010.4 | Изоляция торуса | 121,00 |
| 228 | А16.07.035.012 | Перебазировка съемного протеза прямым методом при протезировании пластиночными протезами | 795,00 |
| 229 | А16.07.035.012 | Перебазировка несъемного протеза прямым методом при протезировании пластиночными протезами | 199,00 |
| 230 | А16.07.004.012 | Изготовление цельнолитой культевой вкладки при восстановлении зуба коронкой | 1465,00 |
| 231 | А16.07.004.012 | Изготовление цельнолитой культевой вкладки при восстановлении зуба коронкой (многокорневого) | 1552,00 |
| 232 | А16.07.036.001 | Протезирование съемным бюгельным протезом (бюгель нижней челюсти (хромкобальтовый сплав) | 11050,00 |
| 233 | А16.07.036.001 | Протезирование съемным бюгельным протезом (бюгель верхней челюсти (хромкобальтовый сплав) | 11196,00 |
| 234 | В 01.063.001.001 | Вызов врача на дом | 337,00 |
| 235 | А16.07.035.018 | Армирование протеза литой армировкой (1 челюсть) | 836,00 |
| 236 | А02.07.006 | Определение прикуса | 124,00 |
|  |  | **Металлокерамика** |  |
| 237 | А16.07.004.8 | Изготовление коронки металлокерамической или зуба металлокерамического на основе сплавов недраг.металлов | 4189,00 |
| 238 | А16.07.004.9 | Изготовление коронки литой на основе сплавов недраг.металлов | 2627,00 |
| 239 | А16.07.005.005 | Изготовление зуба литого | 2752,00 |
| 240 | А02.07.010.2 | Изготовление диагностических моделей | 812,00 |
| 241 | А16.07.004.14 | Изготовление временных пластмассовых коронок  (1 коронка) | 747,00 |
| 242 | А16.07.004.010 | Зуб пластмассовый временный | 747,00 |
| 243 | А02.07.010.8 | Снятие силиконового оттиска (группа "А") | 682,00 |
|  |  | **Клиническая лаборатория** |  |
| 244 | А 08.05.008 | Исследование уровня ретикулоцитов в крови | 199,00 |
| 245 | А 09.05.009 | Определение концентрации С-реактивного белка в сыворотке крови | 158,00 |
| 246 | А 09.05.010 | Исследование уровня общего белка в крови | 119,00 |
| 247 | А 09.05.017 | Исследование уровня мочевины в крови | 121,00 |
| 248 | А 09.05.020 | Исследование уровня креатинина в крови | 122,00 |
| 249 | А 09.05.021 | Исследование уровня общего билирубина в крови | 175,00 |
| 250 | А 09.05.023 | Исследование уровня глюкозы в крови | 119,00 |
| 251 | А 09.05.025 | Исследование уровня триглицеридов в крови | 105,00 |
| 252 | А 09.05.026 | Исследование уровня холестерина в крови | 120,00 |
| 253 | А 09.05.027 | Исследование уровня липопротеинов в крови | 142,00 |
| 254 | A09.05.004 | Исследование уровня альфа-липопротеинов (высокой плотности) в крови | 206,00 |
| 255 | A09.05.028 | Исследование уровня липопротеинов низкой плотности | 142,00 |
| 256 | A09.05.049 | Исследование уровня факторов свертывания в крови | 205,00 |
| 257 | A09.05.050 | Исследование уровня фибриногена в крови | 174,00 |
| 258 | А 09.05.041 | Исследование уровня аспартат-трансаминазы в крови | 152,00 |
| 259 | A09.05.045 | Исследование уровня амилазы в крови | 383,00 |
| 260 | А 09.05.042 | Исследование уровня аланин-трансаминазы в крови | 160,00 |
| 261 | A09.19.002 | Исследование кала на гельминты | 126,00 |
| 262 | A09.20.001 | Микроскопическое исследование влагалищных мазков | 175,00 |
| 263 | A08.20.012 | Цитологическое исследование препарата тканей влагалища | 240,00 |
| 264 | A26.06.082.002 | Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в иммуноферментном исследовании (ИФА) в сыворотке крови с кодом (Сифилис ИФА) | 253,00 |
| 265 | A26.06.082.001 | Определение антител к бледной трепонеме (Treponema Pallidum) в нетрепонемных тестах (RPR, РМП) (качественное и полуколичественное исследование) в сыворотке крови (реакция микропреципитации) | 138,00 |
| 266 | А26.06.048 | Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) в крови (ИФА) | 338,00 |
| 267 | А09.05.202 | Исследование уровня антигена аденогенных раков Ca 125 в крови (ИФА) | 330,00 |
| 268 | А09.05.130 | Исследование уровня простатспецифического антигена в крови (PSI общего - ИФА) | 412,00 |
| 269 | A09.30.010 | Определение международного нормализованного отношения (МНО) | 172,00 |
| 270 | A12.05.028 | Определение тромбинового времени в крови (АЧТВ) | 172,00 |
| 271 | А09.05.064 | Исследование уровня общего тироксина (T4) сыворотки крови | 365,00 |
| 272 | A09.05.065 | Исследование тиреотропина сыворотки крови (ТТГ) | 338,00 |
| 273 | А26.06.036 | Определение антигена к вирусу гепатита B (HbsAg Hepatitis B virus) в крови | 282,00 |
| 274 | А26.06.041 | Определение антител классов M, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту C (Hepatitis C virus) в крови | 282,00 |
| 275 | A12.05.005 | Определение основных групп крови (А, В, 0) | 174,00 |
| 276 | A12.05.006 | Определение резус-принадлежности | 174,00 |
| 277 | A12.05.027 | Определение протромбинового (тромбопластинового) времени в крови или в плазме | 172,00 |
| 278 | A12.06.019 | Исследование ревматоидных факторов в крови | 230,00 |
| 279 | B03.016.003 | Общий (клинический) анализ крови развернутый | 284,00 |
| 280 | B03.016.006 | Анализ мочи общий | 237,00 |
| 281 | B04.014.004 | Вакцинация (без учета стоимости вакцины) | 134,00 |
| 282 | A11.05.001 | Взятие крови из пальца | 43,00 |
| 283 | A11.12.009 | Взятие крови из периферической вены | 71,00 |
|  |  | **Эндоскопичекие исследования** |  |
| 284 | A03.08.003 | Эзофагоскопия | 772,00 |
| 285 | А03.16.001 | Эзофагогастродуоденоскопия | 744,00 |
| 286 | А03.16.001.001 | Эзофагогастродуоденоскопия с электрокоагуляцией кровоточащего сосуда | 1237,00 |
| 287 | A03.16.002 | Установка назоинтестинального зонда | 698,00 |
| 288 | A03.08.005 | Фиброларингоскопия | 502,00 |
| 289 | А03.19.001 | Ректоскопия диагностическая | 413,00 |
| 290 | А03.19.001 | Ректоскопия лечебно-диагностическая | 574,00 |
| 291 | A03.19.002 | Ректороманоскопия диагностическая | 545,00 |
| 292 | A03.19.002 | Ректороманоскопия лечебно-диагностическая | 749,00 |
| 293 | A03.19.003 | Сигмоидоскопия диагностическая | 749,00 |
| 294 | A03.19.003 | Сигмоидоскопия лечебно-диагностическая | 1054,00 |
| 295 | A03.18.001 | Толстокишечная эндоскопия диагностическая | 1156,00 |
| 296 | A03.18.001 | Толстокишечная эндоскопия лечебно-диагностическая | 1666,00 |
| 297 | A03.09.002 | Трахеоскопия диагностическая | 386,00 |
| 298 | A03.09.002 | Трахеоскопия лечебно-диагностическая | 493,00 |
| 299 | A03.09.001 | Бронхоскопия диагностическая | 709,00 |
| 300 | A03.09.001 | Бронхоскопия лечебно-диагностическая | 915,00 |
| 301 | А03.08.002.001 | Эпифарингоскопия диагностическая | 493,00 |
| 302 | А03.08.002.001 | Эпифарингоскопия лечебно-диагностическая | 547,00 |
| 303 | A03.20.001 | Кольпоскопия диагностическая | 404,00 |
| 304 | A03.20.001 | Кольпоскопия лечебно-диагностическая | 565,00 |
| 305 | A03.20.003 | Гистероскопия диагностическая | 565,00 |
| 306 | A03.20.003 | Гистероскопия лечебно-диагностическая | 673,00 |
| 307 | A03.14.001 | Диагностическая лапароскопия | 1041,00 |
| 308 | A03.14.002 | Холедохоскопия | 808,00 |
| 309 | A03.15.001 | Лапароскопия с осмотром поджелудочной железы | 1319,00 |
| 310 | A11.09.008 | Биопсия трахеи, бронхов при бронхоскопии | 58,00 |
| 311 | A11.16.001 | Биопсия пищевода с помощью эндоскопии | 58,00 |
| 312 | A11.16.002 | Биопсия желудка с помощью эндоскопии | 58,00 |
| 313 | A11.16.003 | Биопсия двенадцатиперстной кишки с помощью эндоскопии | 58,00 |
| 314 | A11.17.002 | Биопсия тонкой кишки эндоскопическая | 58,00 |
| 315 | A11.18.001 | Биопсия ободочной кишки эндоскопическая | 58,00 |
| 316 | A11.19.001 | Биопсия сигмовидной ободочной кишки с помощью видеоэндоскопических технологий | 58,00 |
| 317 | A11.19.002 | Биопсия прямой кишки с помощью видеоэндоскопических технологий | 58,00 |
| 318 | A11.19.003 | Биопсия ануса и перианальной области | 58,00 |
| 319 | A11.20.003 | Биопсия тканей матки | 58,00 |
| 320 | A11.20.011 | Биопсия шейки матки | 58,00 |
| 321 | A11.20.019 | Биопсия маточной трубы | 58,00 |
|  |  | **Стационарная и стационарзамещающая помощь (гражданам, не имеющим полис ОМС)** |  |
| 322 |  | Пребывание в отделении круглосуточного стационара хирургического профиля (одни сутки) (хирургия, травматология, гинекология, родильное отделение) | 1189,00 |
| 323 |  | Пребывание в отделении круглосуточного стационара терапевтического профиля (одни сутки) (терапия, кардиология, неврология, инфекция) | 1017,00 |
| 324 |  | Пребывание в дневном стационаре (один день) | 478,00 |
| 325 |  | Комплекс услуг по сопровождению массовых мероприятий бригадой скорой медицинской помощи (1 час работы) Реанимобиль "FIAT" С887ОК | 1580,00 |
| 326 |  | Комплекс услуг по сопровождению массовых мероприятий бригадой скорой медицинской помощи (по классу С) (1 час работы) Реанимобиль "Луидор" У427 КА | 1394,00 |
| 327 |  | Комплекс услуг по сопровождению массовых мероприятий бригадой медицинской помощи (по классу В) (1 час работы) Реанимобиль "Луидор" | 1795,00 |
| 328 |  | Комплекс услуг по сопровождению массовых мероприятий фельдшером скорой медицинской помощи (1 час работы) Реанимобиль "Луидор" | 562,00 |
| 329 | B01.070.001 | Медицинское освидетельствование на состояние опьянения (алкогольного, наркотического или иного токсического) иммунохимическим методом | 1753,00 |
| 330 |  | Проведение медицинского осмотра лиц, содержащихся в ИВС (осмотр граждан при поступлении и убытии с занесением заключения в журнал). | 488,00 |

**Приложение №2**

**к Договору №**

**от**

Выписка

из Правил добровольного медицинского страхования ООО СК «Альянс Жизнь», утвержденных Приказом № 179от 31.07.2015г.

**1. (4) Страховой случай**

1.1.(4.2) Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг:

1.1.1 (4.2.1) не предусмотренных Договором страхования;

1.1.2 (4.2.2)    в связи с патологическими состояниями и травмами, возникшими или полученными в состоянии алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения или остаточных явлений такого опьянения, а также в период нахождения под воздействием иных психоактивных веществ;

1.1.3 (4.2.3) в связи с получением травматического повреждения или иного расстройства здоровья, наступившего в результате совершения Застрахованным противоправных действий;

1.1.4 (4.2.4) в связи с умышленным причинением Застрахованным себе телесных повреждений, суицидальными попытками[[3]](#footnote-4);

1.1.5 (4.2.5) не назначенных врачом, выполняемых по желанию Застрахованного или без медицинских показаний.

1.2 (4.3) Не признается страховым случаем обращение Застрахованного за получением медицинских и иных услуг, вызванное:

1.2.1 (4.3.1) воздействием ядерного взрыва, радиации или радиоактивного заражения;

1.2.2 (4.3.2) военными действиями, а также маневрами или иными военными мероприятиями;

1.2.3 (4.3.3) гражданской войной, народными волнениями всякого рода или забастовками;

1.2.4 (4.3.4) стихийными бедствиями.

**2. Страховщик обязан:**

2.1 (9.5.7) содействовать Застрахованному по его письменному заявлению в составлении искового заявления, связанного с качеством оказанной ему в рамках договора страхования медицинской помощи, а также в получении за счет страховщика результатов медицинской экспертизы, подтверждающей оказание Застрахованному неполной или некачественной медицинской помощи.

**3. Застрахованный обязан:**

3.1 (9.6.6) предоставлять Страховщику право на ознакомление с медицинской документацией из любых медицинских и иных организаций для решения вопросов, связанных с реализацией Договора страхования и оплатой оказанных Застрахованному услуг;

3.2 (9.6.7) находясь на лечении, соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период его временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

**4. Порядок организации медицинской помощи:**

4.1 (10.3) Медицинская помощь оказывается Застрахованному в соответствии с режимом работы медицинской организации.

4.2 (10.6) Вся необходимая медицинская документация - листки нетрудоспособности, рецепты (кроме льготных и бесплатных), выписные эпикризы и иная аналогичная документация - выдается Застрахованным на общих основаниях согласно действующему законодательству Российской Федерации.

## КОМПЛЕКСНАЯ ПРОГРАММА ДОБРОВОЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ «СТАНДАРТ»

(Приложение 1 к Правилам добровольного медицинского страхования ООО СК «Альянс Жизнь», утвержденных Приказом от 31.07.2015г № 179)

Комплексная программа добровольного медицинского страхования «Стандарт» предусматривает предоставление Застрахованным в течение срока действия Договора страхования в медицинских учреждениях, из числа предусмотренных Договором страхования различных видов медицинской помощи по утвержденным технологиям.

Страховым случаем по комплексной программе добровольного медицинского страхования «Стандарт» является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования[[4]](#footnote-5) за получением медицинской и иной помощи при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме[[5]](#footnote-6), отравлении[[6]](#footnote-7), в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

В соответствии с настоящей программой ООО СК «Альянс Жизнь» организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

**1. Амбулаторно- поликлиническое обслуживание**

* Приемы и консультации специалистов[[7]](#footnote-8)
* Диагностические лабораторные и инструментальные исследования
* Лечебные манипуляции и процедуры
* Оперативное и анестезиологическое пособие

**2. Стоматологическая помощь**

* Приемы, консультации специалистов
* Функциональная диагностика
* Физиотерапия
* Анестезиологические манипуляции
* Терапевтическая стоматология, в т.ч. лечение кариеса, пульпита, периодонтита, заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, терапевтические методы лечения заболеваний тканей пародонта.
* Хирургическая стоматология, в т.ч. лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, повреждений челюстно-лицевой области, удаление зубов, хирургические методы лечения болезней тканей пародонта;
* Зубопротезирование (включая подготовку)[[8]](#footnote-9),в случаях, когда необходимость в нем возникла в результате травмы челюстно-лицевой области, произошедшей в период действия договора страхования.

**3. Помощь на дому**

* Прием врачом на дому
* Снятие ЭКГ на дому
* Забор материала для лабораторных исследований

**4. Стационарная помощь, включая стационарозамещающие технологии (стационар одного дня, дневной стационар)**

* Приемы и консультации специалистов
* Диагностические лабораторные и инструментальные исследования
* Лечебные манипуляции и процедуры
* Оперативное и анестезиологическое пособие[[9]](#footnote-10)
* Медикаментозная терапия

**5. Скорая и неотложная медицинская помощь**

* Выезд бригады скорой медицинской помощи
* Проведение диагностических и лечебных мероприятий
* Транспортировка в стационар

**6. Восстановительное лечение[[10]](#footnote-11)**

* Приемы, консультации специалистов
* Диагностические манипуляции и процедуры
* Лабораторные и инструментальные исследования
* Лечебные манипуляции и процедуры
* Медикаментозная терапия
* Применение естественных и преформированных физических факторов
* Лечебная физкультура и двигательные режимы

**В рамках указанных видов медицинской помощи оказываются следующие медицинские услуги:**

* Приемы, консультации и манипуляции специалистов – терапевта, педиатра, гастроэнтеролога, кардиолога, эндокринолога, невролога, ревматолога, хирурга, травматолога-ортопеда, проктолога, уролога, нефролога, отоларинголога, офтальмолога, гинеколога, аллерголога-иммунолога, гематолога, пульмонолога, дерматовенеролога, онколога, инфекциониста, иглорефлексотерапевта, мануального терапевта, стоматолога, физиотерапевта, врача ЛФК, психотерапевта или психиатра (первичная консультация).
* Общие манипуляции и процедуры
* Профилактические мероприятия детям в соответствии с нормативными документами органов управления здравоохранением, в том числе вакцинация детей в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.
* Экстренная профилактика клещевого вирусного энцефалита, столбняка и бешенства.
* Эндоскопические манипуляции, функциональная диагностика, ультразвуковые диагностические исследования
* Лабораторные исследования - общеклинические, биохимические, в том числе гормональные, микробиологические, иммунологические и радиоиммунологические, гистологические и цитологические.
* Рентгенологические исследования, компьютерная томография, ядерно-магнитная резонансная томография
* Ангиография
* Радиоизотопные диагностические исследования
* Оперативное и анестезиологическое пособие
* Физиотерапия, ЛФК, классический массаж
* Классическая иглорефлексотерапия (корпоральная и аурикулярная), мануальная терапия.

**В комплексную программу страхования не входит:**

**7.Оказание медицинских услуг** в связи с обращением по поводу следующих заболеваний и их осложнений:

7.1. злокачественных онкологических заболеваний;

7.2. врожденных и наследственных заболеваний, врожденных аномалий развития органов;

7.3. венерических заболеваний («классических»[[11]](#footnote-12)), ВИЧ-инфекции и СПИД;

7.4. эпилепсии, психических расстройств и расстройств поведения, в том числе алкоголизма, наркомании, токсикомании;

7.5 сахарного диабета (за исключением сахарного диабета 2 типа, впервые выявленного в период действия договора страхования);

7.6. туберкулеза;

7.7. заболеваний, сопровождающихся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения;

7.8. острых и хронических гепатитов (за исключением гепатитов «А» и «Е»);

7.9. лучевой болезни;

7.10. профессиональных заболеваний;

7.11.особо опасных инфекций, требующих проведения карантинных мероприятий (чума, холера, желтая лихорадка, натуральная оспа и др.).

**8. Оказание следующих медицинских услуг:**

8.1. консультации, диагностические исследования и пр. услуги, связанные с беременностью и ее осложнениями (прерывание беременности, дородовое наблюдение, родовспоможение, послеродовые заболевания и осложнения) за исключением экстренной медицинской помощи при внематочной беременности;

8.2. услуги по планированию семьи (включая контрацепцию, экстракорпоральное оплодотворение, введение и удаление ВМС); диагностика и лечение бесплодия (мужского и женского); импотенции (эректильной дисфункции);  нейрообменно-эндокринного синдрома, в т.ч. нарушений менструальной функции, за исключением экстренной медицинской помощи при неотложных состояниях;

8.3. зубопротезирование и подготовка к нему, включая удаление и депульпирование зубов, замену старых пломб без медицинских показаний и пр.; восстановление разрушенной (на момент первичного осмотра врачом) более чем на 50 % коронки зуба и его эндодонтическое лечение, имплантация зубов. Услуги, оказываемые в профилактических (герметизация фиссур, снятие зубных отложений, покрытие зубов фторсодержащими препаратами и лаками и пр.) и косметических (косметическое восстановление зубов, в том числе с применением виниров и ламинатов, отбеливание зубов и пр.) целях. Манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями. Устранение ортодонтических нарушений у детей и взрослых;

8.4. методы экстракорпорального воздействия на кровь[[12]](#footnote-13), в том числе программный гемодиализ, внутривенная лазеротерапия и пр. Озонотерапия. Гипо-, нормо- и гипербарическая[[13]](#footnote-14) оксигенация;

8.5. диагностика и лечение заболеваний волос (алопеция и пр.), кондилом и папиллом, мозолей, бородавок, контагиозных моллюсков, невусов, акне, халязионов, а также по устранение косметических дефектов, в том числе в целях улучшения психологического состояния Застрахованного.

8.6**.** диагностикаи лечение ронхопатии (храпа) и апноэ во сне. Склеротерапия вен. Диагностика и лечение метаболического синдрома, ожирения и коррекция веса. Кинезиотерапия, ударно-волновая терапия, гидроколонотерапия, водолечение и грязелечение[[14]](#footnote-15).

8.7. диагностика и лечение с использованием авторских методов в ЛПУ, не предусмотренных программой страхования.

8.8. хирургическая коррекция зрения, в том числе с применением лазера; манипуляции с использованием аппаратно-программных комплексов в офтальмологии; комплексные аппаратные методы лечения мочеполовой системы.

8.9. методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термопунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-, мануальная, энергоинформатика и пр.), лечения (гирудотерапия, гомеопатия, фитотерапия, апитерапия и пр.) и оздоровления (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.).

8.10. услуги психиатра и психотерапевта (за исключением первичного приема), психолога, диетолога, логопеда, фонопеда, фониатра, стоматолога-ортопеда, ортодонта. Услуги генетика, генетические исследования, тест «Гемокод».

8.11. услуги, оказываемые в косметических, оздоровительных и профилактических целях; специфическая иммунотерапия (СИТ).

**9. Не оплачивается Страховщиком:**

9.1. ортопедическое протезирование[[15]](#footnote-16), слухопротезирование[[16]](#footnote-17), трансплантация органов и тканей, а также стоимость протезов, эндопротезов, имплантантов (в том числе наборов для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.) и прочих медицинских изделий, медицинского оборудования, очковой оптики, слуховых аппаратов и медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях;

9.2. услуги по подготовке к плановой госпитализации при отсутствии в страховой программе Застрахованного плановой стационарной помощи;

9.3. оформление справок для посещения бассейна, занятий спортом; для пансионатов, домов отдыха и детских оздоровительных лагерей; для получения водительского удостоверения, на ношение оружия и пр. Оформление санаторно-курортных карт[[17]](#footnote-18), посыльных листов на МСЭ[[18]](#footnote-19).

9.4. Оказание медицинских услуг и лечение отдельных заболеваний может быть исключено или дополнительно включено в комплексную программу на особых условиях, согласованных со Страховщиком.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от имени Заказчика** |  | **от имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | Главный врач ГБУЗ «Межрайонная МБ» |
| /Лукина О.О. |  | / О.П.Лысак |

**Приложение № 2.1**

**Выписка из Комплексной программы добровольного медицинского страхования «Стандарт» (приложение 1 к Правилам добровольного медицинского страхования, утв. приказом ООО СК «Альянс Жизнь» от 31.07.2015 г. № 179)**

Комплексная программа добровольного медицинского страхования «Стандарт» предусматривает предоставление Застрахованным в течение срока действия Договора страхования в медицинских учреждениях, из числа предусмотренных Договором страхования различных видов медицинской помощи по утвержденным технологиям.

Страховым случаем по комплексной программе добровольного медицинского страхования «Стандарт» является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования[[19]](#footnote-20) за получением медицинской и иной помощи при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме[[20]](#footnote-21), отравлении[[21]](#footnote-22), в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.

В соответствии с настоящей программой ООО СК «Альянс Жизнь» организует и оплачивает следующую медицинскую помощь:

**(…)**

**2. Стоматологическая помощь**

* Приемы, консультации специалистов
* Функциональная диагностика
* Физиотерапия
* Анестезиологические манипуляции
* Терапевтическая стоматология, в т.ч. лечение кариеса, пульпита, периодонтита, заболеваний слизистой оболочки полости рта и языка, терапевтические методы лечения заболеваний тканей пародонта.
* Хирургическая стоматология, в т.ч. лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, повреждений челюстно-лицевой области, удаление зубов, хирургические методы лечения болезней тканей пародонта;
* Зубопротезирование (включая подготовку)[[22]](#footnote-23),в случаях, когда необходимость в нем возникла в результате травмы челюстно-лицевой области, произошедшей в период действия договора страхования.

**(…)**

**В рамках указанных видов медицинской помощи оказываются следующие медицинские услуги:**

* Приемы, консультации и манипуляции специалистов… стоматолога…
* Рентгенологические исследования, компьютерная томография…

(…)

* Оперативное и анестезиологическое пособие
* Физиотерапия…

**В комплексную программу страхования не входит:**

**7.Оказание медицинских услуг** в связи с обращением по поводу следующих заболеваний и их осложнений:

7.1. злокачественных онкологических заболеваний;

7.2. врожденных и наследственных заболеваний, врожденных аномалий развития органов;

7.3. венерических заболеваний («классических»[[23]](#footnote-24)), ВИЧ-инфекции и СПИД;

**(…)**

7.6. туберкулеза;

**(…)**

**8. Оказание следующих медицинских услуг:**

**(…)**

8.3. зубопротезирование и подготовка к нему, включая удаление и депульпирование зубов, замену старых пломб без медицинских показаний и пр.; восстановление разрушенной (на момент первичного осмотра врачом) более чем на 50 % коронки зуба и его эндодонтическое лечение, имплантация зубов. Услуги, оказываемые в профилактических (герметизация фиссур, снятие зубных отложений, покрытие зубов фторсодержащими препаратами и лаками и пр.) и косметических (косметическое восстановление зубов, в том числе с применением виниров и ламинатов, отбеливание зубов и пр.) целях. Манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями. Устранение ортодонтических нарушений у детей и взрослых;

**(…)**

8.11. услуги, оказываемые в косметических, оздоровительных и профилактических целях;…

**9. Не оплачивается Страховщиком:**

9.1. ортопедическое протезирование[[24]](#footnote-25), слухопротезирование[[25]](#footnote-26), трансплантация органов и тканей, а также стоимость протезов, эндопротезов, имплантантов (в том числе наборов для остеосинтеза и фиксации, ангиографии, ангиопластики и стентирования, электрокардиостимуляторов и др.) и прочих медицинских изделий, медицинского оборудования, очковой оптики, слуховых аппаратов и медицинских изделий, предназначенных для ухода за больными при любых заболеваниях;

**(…).**

Приложение 2.2

**Особенности стоматологической помощи в рамках Комплексной программы добровольного медицинского страхования «Стандарт» ООО СК «Альянс Жизнь»**

**1. Общие положения**

* 1. Настоящий документ уточняет особенности стоматологической помощи в рамках Комплексной программы добровольного медицинского страхования «Стандарт» (далее – Программа «Стандарт») (приложение 1 к Правилам добровольного медицинского страхования ООО СК «Альянс Жизнь» (далее – Правила ДМС), утв. приказом от 31.07.2015 г. № 179).
  2. Вопросы, не урегулированные данным документом, решаются в соответствии с Правилами ДМС и Программой «Стандарт».

1. **Страховой случай по программе «Стандарт»**
   1. Комплексная программа добровольного медицинского страхования «Стандарт» предусматривает предоставление Застрахованным в течение срока действия Договора страхования в медицинских учреждениях, из числа предусмотренных Договором страхования различных видов медицинской помощи по утвержденным технологиям.
   2. Страховым случаем по комплексной программе добровольного медицинского страхования «Стандарт» является обращение Застрахованного в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования[[26]](#footnote-27) за получением медицинской и иной помощи при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме[[27]](#footnote-28), отравлении[[28]](#footnote-29), в соответствии с условиями Договора страхования и программой страхования и повлекшее возникновение обязательств Страховщика произвести оплату медицинских и иных услуг.
   3. В программу не входит оказание услуг по случаям, которые являются нестраховыми в соответствии с п.п.4.2 и 4.3 Правил ДМС, а также лечение заболеваний и оказание медицинских услуг, перечисленных как исключения в программе «Cтандарт».
2. **Стоматологическая помощь по программе «Стандарт»**

3.1. В соответствии с программой «Стандарт» ООО СК «Альянс Жизнь» организует и оплачивает медицинскую помощь в части терапевтической и хирургической стоматологической помощи.

**3.2. Терапевтическая стоматологическая помощь оказывается в следующем объеме**:

3.2.1.Один первичный осмотр врача-стоматолога, вне зависимости от смежной специальности (терапевт, хирург, пародонтолог), который включает консультацию, оформление медицинской документации, осмотр полости рта, заполнение зубной формулы, сбор анамнеза, оценку состояния пародонта, слизистой оболочки полости рта, прикуса, составление плана лечения.

3.2.2.Анестезия внутриротовая (аппликационная, инфильтрационная, проводниковая, интралигаментарная, внутрипульпарная).

3.2.3.ОПТГ (по дополнительному согласованию со страховой компанией), дентальная рентгенография, радиовизиография с диагностической целью и с целью контроля проводимого эндодонтического лечения.

3.2.4.Лечение кариеса; некариозных поражений эмали приобретенного характера (строго по медицинским показаниям - клиновидный дефект, эрозия); у детей лечение кариеса, в т.ч. методом серебрения.

3.2.5. Восстановление коронковой части зуба, разрушенной менее чем на 50% (на момент первичного осмотра врачом): наложение пломбы (с указанием поверхности зуба) из композитных пломбировочных материалов светового и химического отверждения всех поколений; применение внутриканальных армирующих штифтов при условии разрушения зуба менее 50%.

3.2.6. Полировка пломбы из композита (как завершающий этап пломбирования зуба).

3.2.7 Лечение осложненного кариеса (пульпит и периодонтит острые или в состоянии обострения), включая раскрытие полости зуба с ампутацией коронковой пульпы и созданием доступа к корневым каналам, экстирпацию пульпы, механическую и медикаментозную обработку корневых каналов современными методами, при необходимости распломбирование корневых каналов и извлечение инородного тела, обнаруженного в канале до начала лечения (при условии разрушения зуба не более 50%) и подтвержденного рентгенологически;

3.2.8.Обтурация корневого канала, подтвержденная рентгенологическими исследованиями.

3.2.9.Удаление твердых наддесневых зубных отложений (зубного камня) при наличии пародонтита или гингивита (острого и обострения хронического); медикаментозная обработка патологических зубодесневых карманов.

3.2.10. Закрытый кюретаж патологических зубодесневых карманов.

3.2.11. Лечение гиперчувствительности эмали с применением фторсодержащих препаратов по согласованию с Обществом с обязательным указанием номера зуба.

3.2.12. Герметизация фиссур 1 раз в год детям с 6 до 14 лет, с обязательным указанием номера постоянного зуба.

**3.3. Хирургическая стоматологическая помощь оказывается в следующем объеме**:

3.3.13.Переломы верхней и нижней челюсти, травмы челюстно-лицевой области, абсцесс, периостит, остеомиелит.

3.3.14.Вскрытие пародонтального абсцесса, вскрытие воспалительного инфильтрата; иссечение капюшона при перикоронарите.

3.3.15.Удаление (постоянного / молочного) зуба, удаление по медицинским показаниям (кариес, пульпит, периодонтит, подтвержденные рентгенологически) ретенированных и дистопированных зубов. Необходимость удаления должна быть подтверждена рентгенологическим исследованием.

3.3.16.Наложение швов/снятие, ревизия раны, дренирование раны, перевязка/ наложение повязки (снятие шины), иммобилизация при переломах верхней и нижней челюсти, (снятие шины).

3.3.17.Резекция верхушки корня, цистэктомия, цистотомия, вылущивание ретенционной кисты, остеотомия - по согласованию с Обществом.

3.3.18. Открытый кюретаж патологических десневых карманов; лоскутные операции.

**3.4. Согласованию с Заказчиком подлежат услуги, которые могут быть дополнительно включены/исключены из стандартной программы страхования «Стандарт», атакже услуги, требующие пребывания в стационаре/стационаре одного дня:**

а) все виды лечения заболеваний тканей пародонта;

б) условное лечение корневых каналов и лечение методом депофореза;

в) физиотерапевтическое лечение;

г) ортопантомография;

д) лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области, слюнных желез, заболеваний нервов челюстно-лицевой области, доброкачественных новообразований челюстно-лицевой области, повреждений челюстно-лицевой области; заболеваний слизистой оболочки полости рта.

е) лечение гиперчувствительности эмали с применением фторлака (фторсодержащих препаратов);

ж) резекция верхушки корня, цистэктомия, цистотомия, вылущивание ретенционной кисты;

з) удаление ретенированных и дистопированных зубных единиц;

и) консультации специалистов (к.м.н., д.м.н.).

**3.5. Исключения в части стоматологической помощи**

В программу страхования не входит оказание следующих медицинских услуг:

* + 1. Лечение по поводу нарушения прикуса, восстановление дефектов зубного ряда и отдельных зубов.
    2. Восстановление коронковой части зуба, разрушенной на 50% и более, и его эндодонтическое лечение.
    3. Любые манипуляции на зубах, покрытых ортопедическими и ортодонтическими конструкциями. Удаление ретенированных и дистопированных зубных единиц 18, 28, 38, 48 в профилактических, ортопедических и ортодонтических целях.
    4. Консультации стоматолога-ортопеда, стоматолога-ортодонта, ортопедическое и ортодонтическое лечение (включая изготовление вкладок, виниров, ламинатов и пр.) и подготовку к нему. Эндодонтическое повторное лечение (ревизия) ранее запломбированных каналов без явных клинических показаний, депульпирование зубов, а также любое механическое, химическое и/или медикаментозное воздействие на твердые ткани зуба с целью придания ему необходимой формы для последующего протезирования.
    5. Имплантация и реконструктивные операции на альвеолярном отростке, применение костных и иных трансплантатов, имплантатов, остеотропных препаратов, различного рода барьерных мембран, обогащенной фибрином плазмы.
    6. Консультация ортодонта и ортодонтическое лечение.
    7. Ортопантомография и дентальные снимки в одно посещение без последующих лечебных манипуляций и клинического обоснования.
    8. Покрытие зубов эмалями, фторлаком (кроме случаев лечения гиперчувствительности эмали по согласованию с Обществом с указанием номеров зубов), применение эмаль - и дентин-герметизирующих ликвидов, глубокое фторирование, отбеливание зубов, применение метода AIR FLOW, других пескоструйных методик обработки зубов, применение десенситайзеров.
    9. Снятие зубных отложений с профилактической целью.
    10. Определение гигиенических индексов.
    11. Косметическая стоматология – мероприятия, направленные на улучшение внешнего вида твердых тканей полости рта, а также замену, улучшение внешних свойств и качеств пломб. Косметическое и эстетическое пломбирование зубов, в том числе с использованием виниров. Замена пломб по косметическим и профилактическим показаниям, откол, скол пломб, включая пломбирование с полным перекрытием фронтальной части коронки зуба. Устранение трем и диастем. Все виды отбеливания зубов.
    12. Все виды вестибулопластики, в том числе пластика преддверия полости рта, уздечек губы и языка.
    13. Постановка более двух пломб на зубную единицу в одно посещение.
    14. Лечение в один день более 2-х зубных единиц.
    15. Герметизация фиссур у взрослых.
    16. Избирательное пришлифовывание эмали со ската бугра зуба.
    17. Предъявление к оплате медикаментов и расходных материалов, устройств и приспособлений, необходимых при соблюдении клиникой санитарно-эпидемиологических норм и правил и/или улучшающих условия работы врачей, в том числе коффердама, раббердама, ретракционных нитей, эндодонтических инструментов, апекс-локаторы, эндомоторы, матриц применение клиньев при пломбировании, спонжей, аппликаторов, индивидуальный пакет, набор антиспид, перчатки, фартуки, лицевые повязки/маски, слюноотсосы и пр.

**4. Особенности оплаты медицинских услуг**

4.1. ООО СК «Альянс Жизнь» не оплачиваются работы, не имеющие документального подтверждения в виде записи в медицинской карте стоматологического больного (форма 043/у) с указанием даты посещения, зубной формулы, номера зуба, подлежащего лечению, жалоб пациента, результатов осмотра, диагноза, описания рентгенологических снимков (если таковые были сделаны), проведенного лечения, количества пролеченных каналов, кода диагноза по МКБ-10.

4.2. ООО СК «Альянс Жизнь» не оплачивает услуги, превышающие объем стоматологической помощи в одно посещение (выполнение врачом количества условных единиц трудоемкости в единицу времени), рекомендуемого нормативными документами органов управления здравоохранением (Приказ Минздрава РФ от 15.11.2001 N 408 "Об утверждении Инструкции по расчету условных единиц трудоемкости работы врачей-стоматологов и зубных врачей").

4.3. ООО СК «Альянс Жизнь» в соответствии с Приказом Минздравсоцразвития России от 27.12.2011 г. N 1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» оплачивает медицинские услуги, представляющие собой определенные виды медицинских вмешательств, направленные на диагностику и лечение заболеваний и имеющие самостоятельное законченное значение. Не оплачиваются услуги, которые являются наполнением основных услуг, и в существующей клинической ситуации не имеют самостоятельного диагностического или лечебного значения.

4.4. ООО СК «Альянс Жизнь» оплачивает не более 1 (одной) процедуры анестезии на каждый пролеченный зуб. При наличии физиологических особенностей организма пациента, обуславливающих необходимость применения большего количества анестезий, чем оговорено выше, Исполнитель обязан обосновать это в медицинской документации.

4.5. ООО СК «Альянс Жизнь» не оплачивает нижеперечисленные работы при отсутствии подтверждающих документов, а именно:

* Распломбирование каналов –1 рентгенологический снимок диагностический, до начала лечения (обязательно), второй снимок на этапах эндодонтического лечения (по необходимости, на усмотрение лечащего врача), третий снимок- контроль эндодонтического лечения (обязательно);
* 1 рентгенологический снимок диагностический, до начала лечения (обязательно), второй снимок на этапах эндодонтического лечения (по необходимости, на усмотрение лечащего врача), третий снимок- контроль эндодонтического лечения (обязательно) и запись в амбулаторной карте, обосновывающая поставленный диагноз и описание этих снимков.

4.6. ООО СК «Альянс Жизнь» не принимает к оплате счет, в котором не указана информация о номере и поверхности пролеченной зубной единицы.

В случае возникновения вопросов по страховой программе, объем стоматологических услуг может быть согласован с круглосуточным медицинским пультом Страховщика.

Телефон:  +7 495 234-16-62, +7 800**-**100-58-00(бесплатный); Факс: (495) 232-00-14.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от имени Заказчика** |  | **от имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | Главный врач ГБУЗ «Сорочинская МБ» |
| /Лукина О.О. |  | /О.П.Лысак |

**Форма согласована**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от имени Заказчика** |  | **от имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | Главный врач ГБУЗ «Сорочинская МБ» |
| /Лукина О.О. |  | / О.П.Лысак |

**Приложение №3**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Приложение к договору страхования № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Срок действия с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Категория :

**ОБРАЗЕЦ**

**СПИСОК**

**Застрахованных сотрудников организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

**принятых на обслуживание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Расшифровка комплексных программ ДМС

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № полиса | Ф.И.О. | Год рождения | Паспортные данные | Должность (член семьи) | Место работы  телефон | Место жительства телефон | Код/ Название комплексной программы ДМС |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| От имени Заказчика  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ФИО/расшифровка /  подпись, печать  дата | От имени Исполнителя  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ФИО/расшифровка/  подпись, печать  дата |

**Форма согласована**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от имени Заказчика** |  | **от имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | Главный врач ГБУЗ «Сорочинская МБ» |
| /Лукина О.О. |  | / О.П.Лысак |

**Форма согласована**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **АКТ РАЗНОГЛАСИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕХНИЧЕСКОЙ ПРОВЕРКИ** | | | | | | | | | **код ЛПУ** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | № |  | от |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | по счету № |  | от |  | на сумму |  | рублей |  |  |  |
|  | (актоб оказанных медицинских услугах | | № |  | от |  | ) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| от | **Наименование ЛПУ** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **По результатам технической проверки счета, проведенной ООО СК «Альянс Жизнь», выявлено, что денежные средства в сумме** | | | | | | | | **ХХХХХ** | | **руб.** |
| **подлежат удержанию в связи с тем, что:** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| № п/п | **Обоснование** | | | | | | **Приложение** | | **Сумма** | **Валюта** |
| 1 | В счет включена стоимость услуги, цена которой не соответствует действующему прейскуранту | | | | | | См.приложение № 1 | |  | руб. |
| 2 | В счет включена стоимость услуг, оказанных после даты выставления счета | | | | | | См.приложение № 2 | |  | руб. |
| 3 | В счет включена стоимость услуг, оказанных пациенту, не являющемуся клиентом ООО СК «Альянс Жизнь» | | | | | | См.приложение №3 | |  | руб. |
| **Итого сумма к удержанию:** | | | | | | |  | | **ХХХХХ** | **руб.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Приложение № 1 к Акту технической проверки** | | | № | **0** | от | **00.01.1900** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата** | **№ полиса** | **ФИО** | | **Код** | **Наименование услуги** | | **Кол-во** | **Сумма по счету** | **Сумма по прейскуранту** | **Сумма к снятию** |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **Итого к удержанию:** | | | | | | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Приложение № 2 к Акту технической проверки** | | | № | **0** | от | **00.01.1900** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата** | **№ полиса** | **ФИО** | | **Код** | **Наименование услуги** | | **Кол-во** | **Сумма по счету** |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Итого к удержанию:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Приложение № 3 к Акту технической проверки** | | | № | **0** | от | **00.01.1900** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата** | **№ полиса** | **ФИО** | | **Код** | **Наименование услуги** | | **Кол-во** | **Сумма по счету** |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Итого к удержанию:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Денежные средства в размере** | | | **ХХХХХ руб. ( )** | | | | | | |  |
| **перечислению при оплате счета не подлежат.** | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Настоящим Стороны, подписывая данный акт разногласий, выражают согласие с выявленной суммой разногласий и, тем самым, подтверждают корректировку стоимости оказанных услуг, отраженных в Акте об оказанных медицинских услугах № \_\_\_ от «\_» \_\_\_ г. на основании порядка учета разногласий, отраженном в Договоре на оказание медицинских услуг № \_\_\_ от «\_» \_\_\_ г. между ООО СК «Альянс Жизнь» и «\_\_\_».** | | | | | | | | |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ООО СК «Альянс Жизнь»** | | |  |  | **Наименование ЛПУ** | | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | | |  |
|  | (подпись, ФИО, должность) | | |  |  | (подпись, ФИО, должность) | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Форма согласована**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от имени Заказчика** |  | **от имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | Главный врач ГБУЗ «Сорочинская МБ» |
| /Лукина О.О. |  | /О.П.Лысак |

**Приложение №5**

**к Договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_**

Приложение № 2 к акту об оказанных медицинских услугах № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г.

**ОБРАЗЕЦ**

**АКТразногласий** № «\_\_» по результатам

**медико-экономической проверки счета**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** |  | **от** |  | **на сумму** |  |

**представленного из \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(*наименование МО)***

При проведении медико-экономической проверки счета Заказчиком выявлено:

| **ПОЛИС** | ФИО | Дата | **Код усл.** | Наименование услуги | **Замечания** | **Сумма к удерж.** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Итого:** |  |  |  |  |  |

Денежные средства в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_ будут удержаны при последующих взаиморасчетах с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**(*наименование МО)***

Настоящим Стороны, подписывая данный акт разногласий, выражают согласие с выявленной суммой разногласий и, тем самым, подтверждают корректировку стоимости оказанных услуг, отраженных в Акте об оказанных медицинских услугах № \_\_\_ от «\_» \_\_\_ г. на основании порядка учета разногласий, отраженном в условиях договора на оказание медицинских услуг № \_\_\_ от «\_» \_\_\_ г. между ООО СК «Альянс Жизнь» и «\_\_\_».

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Исполнитель: |  | |
| Тел.: |  | |
| Дата: |  | |
| От имени Заказчика  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись ФИО (расшифровка)  печать  дата | | От имени Исполнителя  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись ФИО (расшифровка)  печать  дата | |

**Форма согласована**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от имени Заказчика** |  | **от имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | Главный врач ГБУЗ «Сорочинская МБ» |
| /Лукина О.О. |  | /О.П.Лысак |

**Приложение №6**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ОБРАЗЕЦ**

**АКТ №**

**по экспертизе страхового случая**

|  |  |
| --- | --- |
| **МО:** |  |
| **Клиент:**  **Страховой полис:** |  |

При проведении экспертизы страхового случая выявлено:

Стоимость медицинских услуг составила:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Код** | **Наименование** | **Стоимость, руб.** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **Итого:** |  |

В соответствии с п.\_\_\_\_\_ договора \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ к Исполнителю применяются штрафные санкции в размере \_\_\_-кратной стоимости оказанных медицинских услуг, что составляет **Сумма цифрами и прописью**

Денежные средства в размере \_\_\_\_\_\_\_ **(ПРОПИСЬЮ)** будут удержаны при последующих взаиморасчетах с **Исполнителем**.

Врач-эксперт:

Дата:

|  |  |
| --- | --- |
| От имени Заказчика  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись ФИО (расшифровка)  печать  дата | От имени Исполнителя  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись ФИО (расшифровка)  печать  дата |

**Форма согласована**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от имени Заказчика** |  | **от имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | Главный врач ГБУЗ «Сорочинская МБ» |
| /Лукина О.О. |  | /О.П.Лысак |

**Приложение №7**

**к Договору №**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Наименование медицинской организации (МО):**

**Адрес:**

**ИНН:**

**Расчетный счет:**

**Кор. счет:**

**Банк:**

**БИК:**

[**СЧЕТ**](http://blanker.ru/) № \_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_г.   
за период с\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

**По договору: № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_\_г.**

**Плательщик: ООО СК «Альянс Жизнь»** ИНН \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес: -** *адрес филиала (с указанием Филиала ООО СК «Альянс Жизнь»)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Наименование** | **Ед. измерения** | **Кол-во** | **Цена**  **руб** | **Сумма,**  **руб** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**ИТОГО: ------------**

**Сумма НДС:**

**Всего к оплате:**

**Сумма прописью:**

Руководитель МО \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П. (печать) подпись Фамилия (полностью) И.О.

Главный бухгалтер МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись Фамилия (полностью) И.О.

**Форма согласована**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от имени Заказчика** |  | **от имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | Главный врач ГБУЗ «Сорочинская МБ» |
| /Лукина О.О. |  | /О.П.Лысак |

**Приложение №7.1**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Акт об оказанных медицинских услугах №\_\_\_\_\_ от «\_\_»\_\_\_\_\_\_20\_г.**

По договору №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_

К счету №\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_

Период оказания услуг\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«Исполнитель»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_в лице\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, с одной стороны, и ООО СК «Альянс Жизнь» в лице \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с другой стороны, с учетом результатов технической проверки счета составили настоящий Акт о том, что:

клиентам ООО СК «Альянс Жизнь» оказанымедицинские услуги в полном объеме и удовлетворяют условиям Договора.

Стоимость оказанных услуг согласно прейскуранту на платные медицинские услуги «Исполнителя» составляет\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (сумма прописью в рублях) без налога на добавленную стоимость.

Настоящим Стороны подтверждают, что вышеуказанная стоимость услуг может быть изменена в соответствии с порядком учета разногласий, отраженным в п. 4.5 договора на оказание медицинских услуг между ООО СК «Альянс Жизнь» и Исполнителем № \_\_\_ от «\_» \_\_\_ г., с оформлением соответствующих приложений к данному Акту.

|  |  |
| --- | --- |
| От имени Заказчика  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ФИО/расшифровка /  подпись, печать  дата | От имени Исполнителя  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / ФИО/расшифровка/  подпись, печать  дата |

**Форма согласована**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от имени Заказчика** |  | **от имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | Главный врач ГБУЗ «Сорочинская МБ» |
| /Лукина О.О. |  | /О.П.Лысак |

**Приложение №7.1.1**

**к акту об оказанных услугах работ №\_\_\_\_\_от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Реестр к акту об оказанных медицинских услугах № от

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Дата**  **услуги** | **ФИО пациента** | **№ полиса пациента** | | **Код услуги** | **Наименование услуги** | **Кол-во услуг** | **Сумма оказанных услуг** | **Код диагноза по МКБ** | **Наименование диагноза по МКБ** | **Номер зуба (для стоматологии)** | **Код врача исполнителя(если есть)** | **ФИО врача исполнителя** |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Итого | |  |  |  |  |  | 00.00 |  |  |  |  |

Подпись руководителя Исполнителя Печать Исполнителя

**Приложение №8**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_**

**ОБРАЗЕЦ**

# ПОЛИС

# добровольного медицинского страхования

НОМЕР ПОЛИСА ДАТА ПОЛИСА

**Страховщик:** Общество с ограниченной ответственностью Страховая компания «Альянс Жизнь» (ООО СК «Альянс Жизнь»)

115184, Москва, Озерковская наб., д.30;

ИНН: 7727257386; КПП: 775001001, ОКВЭД 66.01, ОКПО 70250916; ОГРН 1037727041483

Лицензия:

Банковские реквизиты: p/с 40701810900060000156 в ПАО Банк ВТБ г. Москва, к/с 30101810700000000187 в ОПЕРУ Московского ГТУ Банка России, БИК 044525187

**Страхователь (Ф.И.О.):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные (серия, №, кем выдан, когда):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания фактический: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Застрахованный (Ф.И.О.):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспортные данные (серия, №, кем выдан, когда):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес регистрации: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания фактический \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ИНН (при наличии): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Гражданство**

Настоящий полис добровольного медицинского страхования (далее – Полис) подтверждает факт заключения Договора добровольного медицинского страхования (ДМС) в соответствии с Правилами добровольного медицинского страхования (прилагаются) и дает Застрахованному право при наступлении страхового случая на получение медицинской помощи по программе \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в следующих медицинских учреждениях:

|  |  |
| --- | --- |
| **Вид медицинской помощи** | **Медицинское учреждение** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Страховая сумма :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Страховая премия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Порядок оплаты страховой премии: единовременно.

Страховая премия в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

получена наличными деньгами (квитанция № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

перечислена платежным поручением (№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

Срок действия Полиса: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

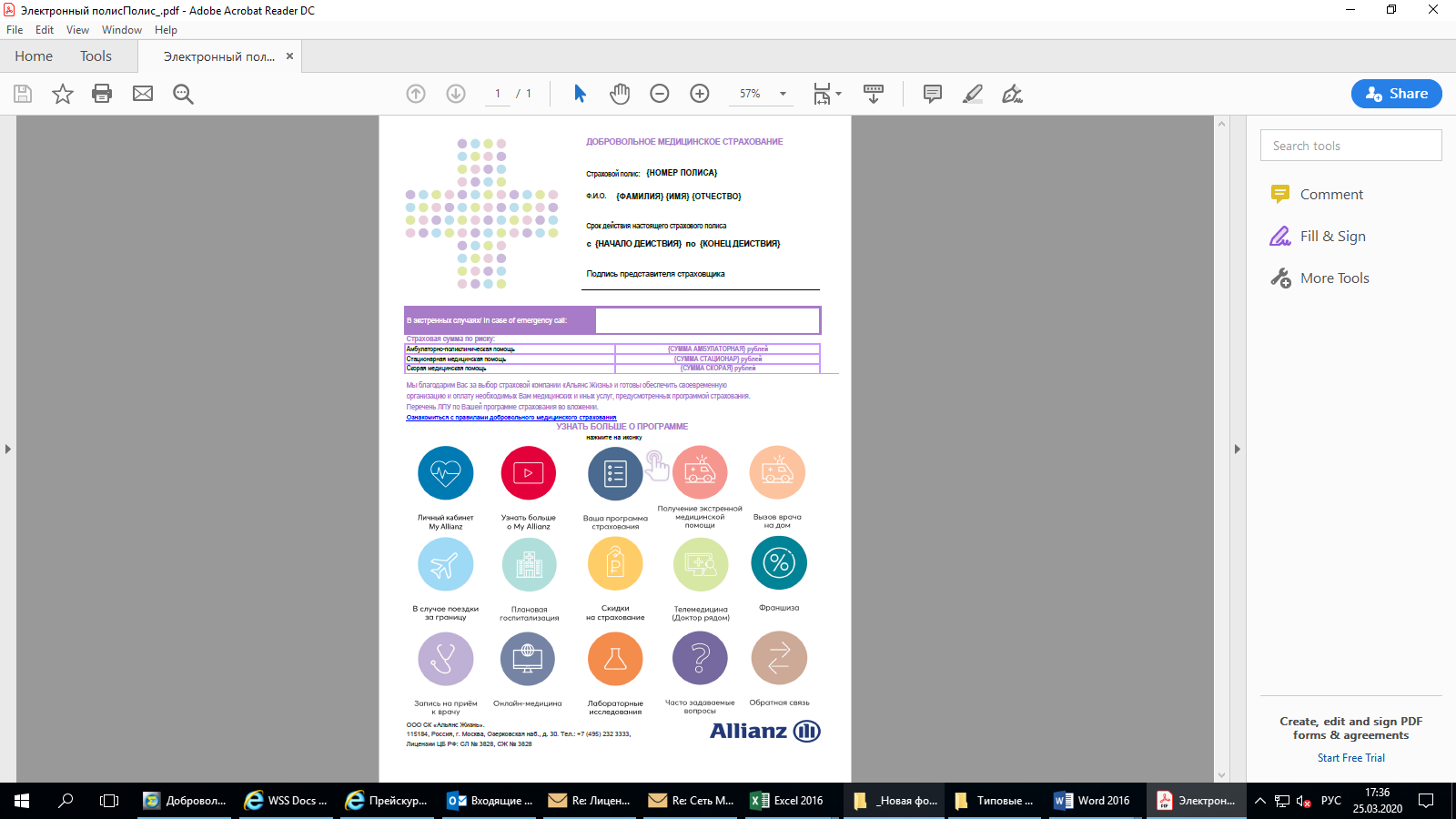
Подписывая настоящий Полис, Страхователь (Застрахованный) подтверждает, что ему вручены Правила добровольного медицинского страхования и он ознакомлен с ними.

В соответствии с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных» (далее «ФЗ»), Страхователь выражает свое согласие Страховщику - ООО СК «Альянс Жизнь», адрес: 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30 на смешанную (автоматизированную и неавтоматизированную) обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ) своих персональных данных и персональных данных Застрахованных,  указанные в заявлении на страхование/договоре (полисе) страхования и иных документах, представленных при заключении договора (полиса) страхования, в целях надлежащего исполнения договора страхования, организации оказания медицинских услуг, включения персональных данных в информационную систему персональных данных (клиентскую базу данных группы компаний Альянс/Allianz) для информирования о новинках страховых продуктов, участия в маркетинговых, рекламных акциях и исследованиях, передачи риска в перестрахование, а также в целях предъявления суброгационных требований в порядке, установленном действующим законодательством и для осуществления информационного сопровождения исполнения договора страхования, в том числе посредством направления уведомлений с применением смс-сообщений, посредством электронной почты и иными доступными способами. Гарантирую, что передача персональных данных Застрахованных, в пользу Страховщика происходит с их письменного согласия.Также выражаю согласие на обработку (включая все действия, перечисленные в ст. 3 ФЗ, в том числе трансграничную передачу от Страховщика в пользу группы компаний Альянс/Allianz, включая, но не ограничиваясь компанией – Открытое акционерное общество Страховая компания «Альянс», находящейся по адресу: Российская Федерация, 115184, г. Москва, Озерковская набережная, д. 30) своих персональных данных и персональных данных иных вышеперечисленных лиц, указанных в заявлении на страхование/договоре (Полисе) страхования и других документах, представленных при заключении договора (Полиса) страхования, в целях исполнения договора страхования. Передача персональных данных происходит с соблюдением всех необходимых процедур и согласований, в строгом соответствии с действующим законодательством. Настоящее согласие действительно в течение срока действия договора (Полиса) страхования и в течение 5 лет после окончания действия Договора (Полиса) страхования. Настоящее согласие на обработку персональных данных может быть отозвано посредством направления письменного уведомления в адрес ООО СК «Альянс Жизнь».

|  |  |
| --- | --- |
| **Страховщик \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***(Подпись)***  *М.П.* | **Страхователь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  ***(подпись)*** |

**Приложение №8.1**

**к Договору \_\_\_\_\_\_**



**Форма согласована**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **от имени Заказчика** |  | **от имени Исполнителя** |
| Заместитель директора Департамента  регионального медицинского обслуживания  по Приволжскому ФО (Юг)  ООО СК «Альянс Жизнь» |  | Главный врач ГБУЗ «Сорочинская МБ» |
| /Лукина О.О. |  | /О.П.Лысак |

**Приложение №9**

**к Договору № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

ОБРАЗЕЦ

|  |  |
| --- | --- |
| **ООО СК «Альянс Жизнь»**  115184, Российская федерация,  г. Москва, Озерковская наб., д.30  р/с 40701810900060000156  в ПАО Банк ВТБ г. Москвы  к/с 30101810700000000187  в ОПЕРУ Московского ГТУ Банка России  БИК 044525187  ИНН 7727257386, КПП 775001001  ОКВЭД 65.11, ОКПО 70250916  ОГРН 1037727041483 | **Кому (Должность,**  **наименование МО,**  **ФИО)** |

**Уважаемый (ая) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ !**

ООО СК «Альянс Жизнь» гарантирует оплату за \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_клиента ООО СК «Альянс Жизнь»:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

При этом ООО СК «Альянс Жизнь» оставляет за собой право проводить медико-экономическую проверку объемов, сроков и качества выполненных медицинских услуг и удерживать денежные средства по результатам выполненной проверки.

Наш Р/С: ООО СК «Альянс Жизнь», Юрид. адрес: г.Москва, Озерковская наб., д. 30, Расчетный счет 40701810900060000156 в ПАО Банк ВТБ г. Москвы, БИК 044525187, кор. счет 30101810700000000187 в ОПЕРУ Московского ГТУ Банка России; ИНН 7727257386,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ответственное лицо ООО СК «Альянс Жизнь»** | **ФИО** | |
| **Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | |
|  |  | |
|  | |  | |

*\_*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Приложение № 11 к Договору № от** | | | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **КОРРЕКТИРОВОЧНЫЙ АКТ РАЗНОГЛАСИЙ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ТЕХНИЧЕСКОЙ ПРОВЕРКИ**  Приложение № 3 к акту об оказанных медицинских услугах № \_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ г. | | | | | | | | | **код ЛПУ** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | № |  | от |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | по счету № |  | от |  | на сумму |  | рублей |  |  |  |
|  | (акт об оказанных медицинских услугах | | № |  | от |  | ) |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| от | **Наименование ЛПУ** | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **По результатам технической проверки счета, проведенной ООО СК «Альянс Жизнь», выявлено, что денежные средства в сумме** | | | | | | | | **ХХХХХ** | | **руб.** |
| **подлежат удержанию в связи с тем, что:** | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| № п/п | **Обоснование** | | | | | | **Приложение** | | **Сумма** | **Валюта** |
| 1 | В счет включена стоимость услуги, цена которой не соответствует действующему прейскуранту | | | | | | См.приложение № 1 | |  | руб. |
| 2 | В счет включена стоимость услуг, оказанных после даты выставления счета | | | | | | См.приложение № 2 | |  | руб. |
| 3 | В счет включена стоимость услуг, оказанных пациенту, не являющемуся клиентом ООО СК «Альянс Жизнь» | | | | | | См.приложение №3 | |  | руб. |
| **Итого сумма к удержанию:** | | | | | | |  | | **ХХХХХ** | **руб.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Приложение № 1 к Акту технической проверки** | | | № | **0** | от | **00.01.1900** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата** | **№ полиса** | **ФИО** | | **Код** | **Наименование услуги** | | **Кол-во** | **Сумма по счету** | **Сумма по прейскуранту** | **Сумма к снятию** |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
| **Итого к удержанию:** | | | | | | |  | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Приложение № 2 к Акту технической проверки** | | | № | **0** | от | **00.01.1900** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата** | **№ полиса** | **ФИО** | | **Код** | **Наименование услуги** | | **Кол-во** | **Сумма по счету** |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Итого к удержанию:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Приложение № 3 к Акту технической проверки** | | | № | **0** | от | **00.01.1900** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Дата** | **№ полиса** | **ФИО** | | **Код** | **Наименование услуги** | | **Кол-во** | **Сумма по счету** |  |  |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | **Итого к удержанию:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Денежные средства в размере** | | | **ХХХХХ руб. ( )** | | | | | | |  |
| **перечислению при оплате счета не подлежат.** | | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Настоящим Стороны, подписывая данный акт разногласий, выражают согласие с выявленной суммой разногласий и, тем самым, подтверждают корректировку стоимости оказанных услуг, отраженных в Акте об оказанных медицинских услугах № \_\_\_ от «\_» \_\_\_ г. на основании порядка учета разногласий, отраженном в Договоре на оказание медицинских услуг № \_\_\_ от «\_» \_\_\_ г. между ООО СК «Альянс Жизнь» и «\_\_\_».** | | | | | | | | |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **ООО СК «Альянс Жизнь»** | | |  |  | **Наименование ЛПУ** | | | |  |
|  |  | | |  |  |  | | | |  |
|  | (подпись, ФИО, должность)  Дата | | |  |  | (подпись, ФИО, должность)  Дата | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Приложение № 12**

**к Договору №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_г.**

Приложение № 4 к акту об оказанных

медицинских услугах № от

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(должностное лицо Исполнителя)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование Исполнителя)

**ОБРАЗЕЦ**

**Корректировочный Акт разногласий № \_\_\_ от \_\_\_г. по результатам медико-экономической проверки счета №\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Уважаемый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ !**

По результатам пересмотра медико-экономической проверки счета № \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_ г., акт разногласий по результатам медико-экономической проверки №\_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_г. на сумму \_\_\_\_ руб. признается полностью/частично утратившим силу. Сумма корректировки акта разногласий составляет \_\_\_\_\_ руб.

Денежные средства в сумме \_\_\_\_\_ руб. подлежат перечислению в пользу Исполнителя.

Настоящим Стороны, подписывая данный корректировочный акт разногласий, выражают согласие с выявленной суммой и, тем самым, подтверждают корректировку акта разногласий и стоимости оказанных услуг, отраженных в Акте об оказанных медицинских услугах № \_\_\_ от «\_» \_\_\_ г. на основании порядка учета разногласий, отраженном в п. 4.8. Договора на оказание медицинских услуг № \_\_\_ от «\_» \_\_\_ г. между ООО СК «Альянс Жизнь» и «\_\_\_».

(ответственное лицо ООО СК «Альянс Жизнь», подпись, ФИО)

|  |  |
| --- | --- |
| От имени Заказчика  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись ФИО (расшифровка)  печать  дата | От имени Исполнителя  Должность  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись ФИО (расшифровка)  печать  дата |

1. Страхователями признаются юридические лица и дееспособные физические лица, заключившие со страховщиками договоры страхования либо являющиеся страхователями в силу закона. [↑](#footnote-ref-2)
2. Пункт вносится в договор в случае прикрепления на медицинское обслуживание застрахованных с наличием франшизы в программе страхования. [↑](#footnote-ref-3)
3. За исключением тех случаев, когда Застрахованный был доведен до такого состояния противоправными действиями третьих лиц, что подтверждено соответствующими судебными решениями. [↑](#footnote-ref-4)
4. А также в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных Договором страхования (в том числе расположенные других регионах РФ при необходимости организации неотложной медицинской помощи, если таковая может быть организована филиалом Страховщика), если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком. [↑](#footnote-ref-5)
5. Полученной в период действия договора страхования с ООО СК «Альянс Жизнь». [↑](#footnote-ref-6)
6. Перечень заболеваний, при которых Застрахованным может быть оказана медицинская и иная помощь в рамках программы страхования, определяется МКБ-10 - Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения. [↑](#footnote-ref-7)
7. В том числе контрольные приемы, консультации и исследования; подготовка к госпитализации. [↑](#footnote-ref-8)
8. зубопротезирование осуществляется без имплантации зубов и применения сплавов драгоценных металлов в ЛПУ по выбору Страховщика. [↑](#footnote-ref-9)
9. к оперативным вмешательствам, проводимых в условиях стационара одного дня или дневного стационара, относятся оперативные вмешательства, требующие специальной подготовки больного и/или его краткосрочного медицинского наблюдения. [↑](#footnote-ref-10)
10. лечение, осуществляемое на базе специализированных лечебных учреждений, медицинских центров (в том числе санаторно-курортного типа) на основании соответствующей лицензиив объеме используемых в ЛПУ методик. [↑](#footnote-ref-11)
11. сифилис, гонорея, шанкроид (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая). [↑](#footnote-ref-12)
12. за исключением случаев проведения методов экстракорпорального воздействия на кровь по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации. [↑](#footnote-ref-13)
13. за исключением случаев проведения гипербарической оксигенации по жизненным показаниям при нахождении больного в отделении реанимации. [↑](#footnote-ref-14)
14. за исключением случаев гидроколонотерапии, водолечения и грязелечения, проводимого в рамках восстановительного (санаторно-курортного) лечения [↑](#footnote-ref-15)
15. ортопедическое протезирование – восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи механических протезов (конечности, глаза, зубы и др.). [↑](#footnote-ref-16)
16. слухопротезирование – это восстановление функций утраченного слуха с помощью слухового аппарата (обследование, подбор и обслуживание слухового аппарата), а также кохлеарная имплантация. [↑](#footnote-ref-17)
17. за исключением случаев, когда программа страхования включает восстановительное (санаторно-курортное) лечение. [↑](#footnote-ref-18)
18. за исключением случаев первичного установления группы инвалидности. [↑](#footnote-ref-19)
19. А также в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных Договором страхования (в том числе расположенные других регионах РФ при необходимости организации неотложной медицинской помощи, если таковая может быть организована филиалом Страховщика), если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком. [↑](#footnote-ref-20)
20. Полученной в период действия договора страхования с ООО СК «Альянс Жизнь». [↑](#footnote-ref-21)
21. Перечень заболеваний, при которых Застрахованным может быть оказана медицинская и иная помощь в рамках программы страхования, определяется МКБ-10 - Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения. [↑](#footnote-ref-22)
22. зубопротезирование осуществляется без имплантации зубов и применения сплавов драгоценных металлов в ЛПУ по выбору Страховщика. [↑](#footnote-ref-23)
23. сифилис, гонорея, шанкроид (мягкий шанкр), лимфогрануломатоз венерический, гранулема венерическая (паховая). [↑](#footnote-ref-24)
24. ортопедическое протезирование – восстановление функции утраченных органов и частей тела при помощи механических протезов (конечности, глаза, зубы и др.). [↑](#footnote-ref-25)
25. слухопротезирование – это восстановление функций утраченного слуха с помощью слухового аппарата (обследование, подбор и обслуживание слухового аппарата), а также кохлеарная имплантация. [↑](#footnote-ref-26)
26. А также в иные медицинские учреждения, помимо предусмотренных Договором страхования (в том числе расположенные других регионах РФ при необходимости организации неотложной медицинской помощи, если таковая может быть организована филиалом Страховщика), если это обращение согласовано и/или организовано Страховщиком. [↑](#footnote-ref-27)
27. Полученной в период действия договора страхования с ООО СК «Альянс Жизнь». [↑](#footnote-ref-28)
28. Перечень заболеваний, при которых Застрахованным может быть оказана медицинская и иная помощь в рамках программы страхования, определяется МКБ-10 - Международной классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра, принятой 43-ей Всемирной Ассамблеей Здравоохранения. [↑](#footnote-ref-29)