

Программа добровольного медицинского страхования «БЕЙБИ»

1. Перечень услуг, оплачиваемых Страховщиком, оказываемых и организуемых в рамках настоящей Программы:

1.1. Программа предусматривает организацию и оплату медицинских услуг, а также оплату используемых медицинским персоналом лекарственных препаратов, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения, и медицинских изделий, включенных в утверждаемый Правительством Российской Федерации перечень медицинских изделий имплантируемых в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в том числе оплату лечебного питания в стационаре и донорской крови и ее компонентов.

1.2. При наступлении страхового случая подлежат оплате медицинские услуги, оказываемые в рамках первичной медико-санитарной помощи, скорой и специализированной медицинской помощи в неотложной форме по поводу заболеваний и состояний, входящих согласно части 6 статьи 35 Федерального закона от 29 ноября 2010 года № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в базовую программу обязательного медицинского страхования с учетом особенностей, установленных пунктом 2 Программы, в том числе:

1.2.1. Скорая медицинская помощь (1 обращение в течение действия полиса):

1.2.1.1. Услуги скорой медицинской помощи организуются Страховщиком при наличии договорных отношений с медицинскими учреждениями, имеющими лицензию на оказание услуг по скорой медицинской помощи на возмездной основе.

1.2.1.2. В случае отсутствия таких медицинских учреждений в населенном пункте по месту нахождения Застрахованного лица, скорая медицинская помощь оказывается Застрахованному лицу муниципальной службой скорой медицинской помощи.

Федеральный номер для вызова муниципальной службы СиНМП «112».

Услуги службы скорой медицинской помощи:

- выезд бригады скорой помощи;

Voluntary medical insurance program "BABY"

1. The list of services paid by the Insurer, rendered and organized under this Program:

1.1. The Program provides for the organization and payment of the following medical services, as well as payment for medicines used by medical personnel included in the list of vital and essential medicines for medical use approved by the Government of the Russian Federation, and medical devices included in the list of medical products implanted by the Government of the Russian Federation in the human body in the provision of medical care under the state program a free medical care to citizens, including the payment of clinical nutrition at the hospital and donor blood and its components.

1.2. Upon the occurrence of an insured event, medical services rendered as part of primary health care and specialized medical care in emergency form due to diseases and conditions included in accordance with paragraph 6 of Article 35 of the Federal Law No. 326-FZ dated November 29, 2010 are payable "On compulsory medical insurance in the Russian Federation" to the basic program of compulsory medical insurance, taking into account the features established by clause 2 of the Program, including:

1.2.1. Emergency medical care (1 ambulance call during the validity of the policy):

1.2.1.1. Ambulance service is organized by the Insurer in the presence of contractual relations with medical institutions licensed to provide emergency and emergency medical services on a reimbursable basis.

1.2.1.2. In the absence of such medical institutions in the village at the location of the Insured, emergency and emergency medical assistance is provided to the Insured by the municipal emergency and emergency medical service.

The federal number to call the municipal service "112".

Ambulance services:

- visit of ambulance doctors;

- осмотр больного;
- проведение экспресс-диагностики в объеме, который определяется медицинскими показаниями;
- купирование неотложного состояния;
- организация и медицинская транспортировка при необходимости госпитализации.

Скорая неотложная медицинская помощь осуществляется в пределах территории действия договора страхования и оказывается круглосуточно.

1.2.2. Неотложная стационарная помощь (1 обращение в течение действия полиса):

- экстренная госпитализация по неотложным показаниям при впервые диагностированных в период страхования заболеваниях (состояниях), требующих проведения внепланового оперативного лечения или интенсивной терапии, при условии продолжительности интенсивной терапии не более 7 (семи) дней, или реанимации;
- пребывание в стандартной (общей) палате.

При оказании специализированной медицинской помощи в неотложной форме Страховщик в течение действия Полиса оплачивает однократную госпитализацию и лечение исключительно основного заболевания, послужившего причиной госпитализации и проведенного согласно утвержденному Минздравом РФ стандарту оказания медицинской помощи по данному профилю заболевания.

Лечение/профилактика других заболеваний, выявленных у Застрахованного лица во время госпитализации, не покрывается настоящей Программой.

1.2.3. Травматологическая помощь (1 обращение в течение действия полиса):

Медицинская помощь, оказываемая в условиях травмпункта, которая включает следующие медицинские услуги:

- осмотр врача-травматолога;
- оказание полного объема медицинской помощи: наложение лангеты, гипсование, обработка и ушивание ран, вакцинация по показаниям и прочие услуги;
- проведение рентгенодиагностики.

2. Исключения из страхования:

2.1. По договору страхования не является страховым случаем организация и оплата медицинских услуг по оказанию Застрахованному лицу медицинской помощи:

- при особо опасных инфекционных болезнях (натуральная оспа, полиомиелит, малярия ТОРС), заболеваниях, включенных в утверждаемый

- examination of the patient;
- conducting an express diagnosis in the amount determined by medical indications;
- relief of emergency;
- organization and medical transportation when hospitalization is needed.

Emergency medical care is provided within the territory of the insurance contract and is provided around the clock.

1.2.2. Emergency inpatient care (1 call during the validity of the policy):

- emergency hospitalization for urgent indications for diseases (conditions) newly diagnosed during the insurance period, requiring unscheduled surgical treatment or intensive care, provided that the duration of intensive therapy is no more than 7 (seven) days, or reanimation;

- stay in the standard (common) chamber.

When providing specialized medical care in the emergency form, the Insurer pays for a one-time hospitalization and treatment of an exclusively underlying disease, which caused the hospitalization and was carried out in accordance with the standard of medical care for this disease profile approved by the Ministry of Health of the Russian Federation.

Treatment / prevention of other diseases identified in the Insured during hospitalization is not covered by this Program.

1.2.3. Trauma care (1 call during the validity of the policy):

Medical care provided in trauma centres including:

- examination by a trauma surgeon;
- provision of full range of medical services: set of splints, casting, wounds dressing and stitching, vaccination for medical reasons and other services;
- x-ray diagnostics.

2. Exceptions to the Insurance Program:

2.1. Under the insurance contract, the organization and payment of medical services for rendering medical assistance to the Insured is not an insurance case:

- for especially dangerous infectious diseases (smallpox, poliomyelitis, SARS malaria), diseases included in the list of diseases approved by the

Правительством Российской Федерации перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), вирусные лихорадки, передаваемые членистоногими, и вирусные геморрагические лихорадки, гельминтозы, вирусные гепатиты В и С, дифтерия, инфекции, передающиеся преимущественно половым путем, лепра, малярия, педикулез, акариаз и другие инфестации, сап и мелиоидоз, сибирская язва, туберкулез, холера, чума);

- при новообразованиях, сахарном диабете, психических расстройствах и расстройствах поведения;

- высокотехнологичной медицинской помощи;

- при патологических состояниях, отравлениях, травмах, возникших у Застрахованного лица в состоянии любой формы алкогольного опьянения или под воздействием иных психоактивных веществ и/или лекарственных препаратов, употребленных без назначения врача;

- при возникновении травматических повреждений или иных нарушений здоровья, наступивших в результате совершения Застрахованным лицом умышленных противоправных действий;

- при покушении Застрахованного лица на самоубийство, за исключением тех случаев, когда Застрахованное лицо было доведено до такого состояния противоправными действиями третьих лиц;

- при умышленном причинении себе телесных повреждений Застрахованным лицом;

- связанные с беременностью, родами, послеродовым периодом и абортами Застрахованного лица;

- все виды стоматологических услуг, за исключением оказания неотложной специализированной помощи по острому состоянию, в том числе, при травме челюстно-лицевой системы;

- медицинские услуги, оказанные по событию, признанному нестраховым случаем;

- медицинские услуги, не назначенные врачом, оказывающим медицинскую помощь в рамках Программы, и/или не предусмотренные настоящей Программой;

- услуги, полученные в медицинском учреждении без направления и/или без согласования со Страховщиком или сервисной компанией;

- услуги, полученные Застрахованным лицом вне территории действия договора страхования;

- услуги, связанные с предоставлением Застрахованному лицу дополнительного комфорта (палаты, иной чем многоместная, или повышенной

Government of the Russian Federation that are dangerous to others (disease caused by human immunodeficiency virus (HIV), viral fevers, transmitted by arthropods, and viral hemorrhagic fevers, helminthiasis, viral hepatitis B and C, diphtheria, sexually transmitted infections, leprosy, malaria, pediculosis, acarias and other infestations, glanders and melio idoz, anthrax, tuberculosis, cholera, plague);

- with neoplasms, diabetes, mental disorders and behavioral disorders;

- high-tech medical care;

- in case of pathological conditions, poisoning, injuries incurred by the Insured in the state of any form of alcohol intoxication or under the influence of other psychoactive substances and / or drugs used without a doctor's prescription;

- in the event of a traumatic injury or other impairment of health resulting from the deliberate unlawful actions of the Insured;

- in the attempt of the Insured person to commit suicide, except in cases where the Insured person has been brought to such a state by unlawful actions of third parties;

- in case of intentional infliction of bodily harm on yourself by the Insured;

- associated with pregnancy, childbirth, the postpartum period and abortions of the Insured;

- all kinds of dental services except for urgent medical assistance in case of acute condition including maxillofacial injuries;

- medical services rendered for an event recognized as non-insured;

- medical services not designated by the doctor providing medical assistance under the Program, and / or not provided by this Program;

- services received in a medical institution without a referral and / or without the consent of the Insurer or a service company;

- services received by the Insured person outside the territory of the insurance contract;

- services related to the provision of additional comfort to the Insured Person (wards, other than multi-seat, or superior comfort; individual nursing

комфортности; индивидуального сестринского ухода; доставке лекарств и иных изделий до места нахождения Застрахованного лица) проезда до медицинского учреждения или аптеки при амбулаторном лечении.

2.2. Не подлежат оплате услуги и/или возмещению расходы на приобретение Страхователем (Застрахованным лицом) лекарственных препаратов и медицинских изделий, в том числе при оказании первичной медико-санитарной помощи, за исключением предусмотренных в настоящей Программе.

3. Порядок обращения Застрахованного лица за медицинской помощью:

3.1. Медицинская помощь организуется в пределах территории действия договора страхования при обращении Застрахованного лица в сервисную компанию «Экспресс Ассист Центр» по телефону: + 7 (495) 539-30-71 (круглосуточно) при наличии у Застрахованного лица Полиса и документа, удостоверяющего личность.

3.2. Обращение Застрахованного лица в медицинское учреждение осуществляется только по направлению и/или согласованию со Страховщиком или сервисной компанией.

**Телефон для вызова медицинской помощи
+ 7 (495) 539-30-71 (круглосуточно)**

care; delivery of drugs and other products to the Insured's location) travel to a medical institution or pharmacy for outpatient treatment.

2.2. Expenses related to purchase of medicines and medical devices by the Insured Person, including those for provision of the primary medical health care except for those stipulated in the Program, are not subject to payment.

3. The procedure of applying for medical assistance by the Insured person:

3.1. Primary care in emergency form is provided at the territory of the Insurance contract upon contacting the Express Assist Center service company by the Insured by phone: + 7 (495) 539-30-71 (around the clock) with prepared Policy and identity document:

3.2. The Insured can visit a medical institution only after a referral and/or agreement with the Insurer or the service company.

**For medical assistance please call:
+ 7 (495) 539-30-71 (around the clock)**