

УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РАМКАХ ДМС

1. **Страховым случаем** является обращение Застрахованного лица в течение срока действия Договора страхования в медицинское учреждение из числа предусмотренных Договором страхования при остром заболевании, обострении хронического заболевания, травме и других несчастных случаях **[1]** за получением помощи, требующей оказания медицинских услуг в пределах их перечня, предусмотренного Страховой программой.
2. **Страховым случаем не являются, если иное не указано в Страховой программе:**
 - 2.1. онкологические заболевания, злокачественные заболевания крови и лимфы, любые опухоли нервной системы, их осложнения и последствия;
 - 2.2. особо опасные инфекции (натуральная оспа, чума, сибирская язва, холера, сыпной тиф; вирусные геморрагические лихорадки);
 - 2.3. ВИЧ-инфекция; венерические заболевания;
 - 2.4. психические расстройства и их последствия; наркомания, алкоголизм;
 - 2.5. туберкулез, псориаз;
 - 2.6. хронические гепатиты, цирроз печени; почечная/печеночная недостаточность, требующая проведения гемодиализа;
 - 2.7. заболевания, требующие трансплантации, имплантации, протезирования (за исключением случаев, когда необходимость в протезировании возникла в результате несчастного случая, произошедшего в течение срока действия Договора, что подтверждается соответствующими документами **[2]**), пластической хирургии; ортопедические операции и их осложнения, если в Договоре не предусмотрено иное;
 - 2.8. стационарное лечение осложнений сахарного диабета;
 - 2.9. врожденные, наследственные, генетические заболевания и пороки (аномалии) развития;
 - 2.10. системные заболевания соединительной ткани, ревматические заболевания и их последствия (в том числе воспалительные полиартриты);
 - 2.11. демиелинизирующие и дегенеративные заболевания нервной системы.
3. **САО «РЕСО-Гарантия» не возмещает стоимость следующих медицинских услуг, оказанных Застрахованному лицу, если иное не указано в Страховой программе:**
 - 3.1. любые назначения без медицинских показаний либо предписанные врачами ЛПУ, не включенных в Страховую программу;
 - 3.2. медицинский уход на дому, выполнение медицинских услуг на дому при отсутствии медицинских показаний;
 - 3.3. методы традиционной диагностики: иридодиагностика, аурикулодиагностика, акупунктурная диагностика, пульсодиагностика и т.д.; лечение методами традиционной медицины: энергоинформатика, цуботерапия, электроакупунктура, гирудотерапия, экспериментальные/автор-ские методики лечения и диагностики, медицинские технологии, не имеющие разрешения в соответствии с Законодательством РФ; фитотерапия, гомеопатия; диагностика по методу Фолля; ПЭТ и т.д.;
 - 3.4. услуги, оказываемые в профилактических (в том числе в стоматологии), косметических (в том числе в стоматологии), оздоровительных целях (в том числе лечение остеохондроза вне обострения), профилактический массаж, специфическая иммунотерапия; тренажеры, водные процедуры, мониторинговая очистка кишечника, сауна, солярий, бальнеолечение и прочее;
 - 3.5. экстракорпоральные методы лечения: лазеротерапия, УФО крови, аутогемотерапия, плазмаферез, гемо-, лимфосорбция; гипер-, гипо- и нормобарическая оксигенация; озонотерапия, манипуляции, выполняемые специалистами, с использованием аппаратных комплексов для лиц старше 18 лет; роботоассистированные операции; криотерапия, прессотерапия и лимфодренаж, альфа-капсула,
 - 3.6. услуги психотерапевта, гипноз;
 - 3.7. коррекция веса, речи; коррекция зрения с помощью методов лазерной хирургии;
 - 3.8. контрацепция; искусственное оплодотворение; исследование и коррекция репродуктивной функции, в том числе лечение бесплодия и импотенции;
 - 3.9. ведение беременности (после ее установления); патология беременности, за исключением госпитализации в ургентной ситуации по витальным показаниям (при наличии риска «Госпитализация» в Страховой программе) сроком до 3 суток при сроке беременности не более 12 недель, осложнения/патологические последствия беременности при отсутствии риска «Роды» в программе; аборт (за исключением вынужденного прерывания беременности, явившегося следствием несчастного случая). Если беременность наступила в период действия

[1] Несчастными случаями считаются события, фактически происшедшие извне, возникшие внезапно, непредвиденно, помимо воли Застрахованного.

[2] Для подтверждения произошедшего несчастного случая должны быть представлены следующие документы: оригинал страхового полиса; документы, подтверждающие факт произошедшего несчастного случая (справка медицинского учреждения, подтверждающая факт травмы); иные документы по требованию Страховщика, подтверждающие факт и причину наступления несчастного случая; документ, удостоверяющий личность. Если для принятия решения Страховщику потребуются дополнительная информация, он имеет право требовать от Застрахованного лица прохождения медицинской экспертизы. Медицинская экспертиза проводится в указанном Страховщиком лечебном учреждении.

Договора страхования, Договор сохраняет свою силу только в отношении заболеваний, не связанных с беременностью, родами и их осложнениями;

3.10. диагностика, лечение, процедуры, пластические операции, проводимые с эстетической/косметической целью или с целью улучшения психологического состояния Застрахованного, в том числе по поводу заболеваний кожи (папилломы, бородавки, моллюски, невусы и пр.); лечение осложнений, вызванных проведенными косметическими процедурами/операциями.

В стоматологии: все виды протезирования и подготовка к нему (за исключением тех случаев, когда необходимость в протезировании возникла в результате несчастного случая, произошедшего в период действия договора страхования, что будет подтверждено документально);

3.11. хирургическое лечение заболеваний пародонта (за исключением купирования острых состояний); ортодонтия; имплантация зубов;

3.12. госпитализация в палаты повышенной комфортности, услуги дневного стационара, стационара одного дня, подготовка к госпитализации и стационарозамещающие манипуляции/технологии (в случае отсутствия у Застрахованного в Страховой программе риска «Стационар плановый и экстренный»);

госпитализация для получения попечительского ухода либо реабилитационного лечения;

3.13. консультации профессоров и академиков;

3.14. обследование с целью выдачи справок на вождение автомобиля, на право ношения оружия, для трудоустройства, для посещения спортивно-оздоровительных мероприятий; для поступления в учебные заведения; для оформления выезда за рубеж; для приобретения банковских и иных страховых продуктов, для военкоматов;

покрытие расходов на дорогостоящие лекарственные препараты [3] и расходный материал (кроме применяемых при реанимационных мероприятиях), очки, контактные линзы, слуховые аппараты, импланты, протезы, дополнительные медицинские устройства и приспособления, в т.ч. требующиеся в ходе оперативного вмешательства, а также других корректирующих устройств и приспособлений, включая расходы на подгонку размеров;

3.15. лечение последствий наркотической и алкогольной интоксикаций;

3.16. услуги, связанные с подготовкой и проведением манипуляций, лечением заболеваний, перечисленных в п.п. 1, 2 и/или не предусмотренных Страховой программой;

3.17. медицинские услуги, необходимость в которых возникла вследствие несоблюдения Застрахованным лицом предписаний и рекомендаций лечащего врача;

медицинские услуги, оказанные не в соответствии с Порядками оказания медицинской помощи и Стандартами медицинской помощи, закрепленными Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

4. Если срок действия Договора закончился, а лечение по острому текущему заболеванию Застрахованного не завершено, Страховщик берет на себя расходы на оплату

медицинских услуг: при амбулаторном лечении – консультации лечащего врача по основному заболеванию до окончания острого периода; при госпитализации – до купирования ургентного состояния. Плановая госпитализация осуществляется не менее чем за 14 дней до окончания действия Договора страхования.

5. Заболевания, перечисленные в п.1, а также наличие инвалидности по любым заболеваниям являются значительными факторами, существенно влияющими на величину страхового риска. Если установлено, что Договор страхования заключен в отношении лиц, имеющих данные заболевания и/или инвалидность, а также

при первичном выявлении названных заболеваний или установлении Застрахованному инвалидности в течение срока действия Договора страхования САО «РЕСО-Гарантия» оплачивает медицинские услуги, оказанные Застрахованному до момента установления диагноза/группы инвалидности. В дальнейшем САО «РЕСО-Гарантия» имеет право потребовать изменения условий Договора страхования или уплаты дополнительной страховой премии соразмерно увеличению степени риска. При несогласии Страхователя Страховщик имеет право прекратить действие Договора в отношении такого Застрахованного с уведомлением об этом Страхователя и Застрахованного.

[3] Дорогостоящие лекарственные препараты – стоимость одного препарата на один курс лечения превышает двадцать пять тыс. руб.