

Утверждено приказом № V-1/15 руководителя филиала от 23.02.2015

Приложение № 1

К ПРАВИЛАМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 010

Действительно с 01.03.2015

Описание Программ медицинского страхования и Страховых случаев по каждой из них

I. При заключении Договора Страхователь может выбрать следующие Программы медицинского страхования:

1. Амбулаторное лечение и диагностика

1.1. Если Страхователь выбрал Программу медицинского страхования «Амбулаторное лечение и диагностика», Страховым случаем считается возникновение у Застрахованного Расстройства здоровья, по поводу которого обратился Застрахованный и для выявления и устранения которого необходима консультация врача, назначаемые им медицински обоснованные исследования, подтверждающие возникшее Расстройство здоровья, и консервативное (медикаментозное) и/или оперативное лечение в амбулаторном медицинском учреждении.

1.2. Если Застрахованный обращается в медицинское учреждение без конкретной жалобы на Расстройство здоровья (*т.е. желая пройти медицинское обследование, тестирование и так далее*), то любые Расстройства здоровья считаются нестраховыми случаями по Программе медицинского страхования «Амбулаторное лечение и диагностика», и никакая страховая выплата Застрахованному за услуги/исследования, которые в данном случае рассматриваются как профилактические, не производится, если Страхователем не была дополнительно выбрана Программа медицинского страхования «Профилактические проверки здоровья» или «Все медицинские услуги».

1.3. Для того чтобы случай, указанный в пункте 1.1. мог быть признан страховым:

1.3.1. в медицинских документах должно быть указано: дата посещения Застрахованного, жалоба (*изменение/расстройство здоровья*) и обстоятельства её возникновения, ход развития болезни, объективное состояние пациента, назначенные исследования, подтверждающие возникшие жалобы или заболевание, диагноз, код по МКБ-10-AM и лечение. Вместе с заверенной копией медицинской документации должны быть представлены и копии описания результатов проведённых исследований;

1.3.2. Предоставляющий услуги врач, который констатирует Страховой случай, действует в рамках компетенции врачебной специальности, описанной и подтверждённой актами применимого права, и имеет действующую лицензию на медицинскую практику, выданную компетентным государственным органом;

1.3.3. Назначенные врачом исследования должны быть связаны с Расстройством здоровья, по поводу которого обратился Застрахованный, и проведены в медицинских учреждениях, лицензированных Государственной службой аккредитации при Министерстве здравоохранения Литовской Республики.

1.4. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Амбулаторное лечение и диагностика» и возникновения Страхового случая страховая выплата производится в соответствии с положениями Договора на Компенсирование следующих расходов на амбулаторные медицинские услуги, которые не компенсируются из Фонда обязательного медицинского страхования:

1.4.1. расходы на услуги врача: консультации семейного врача или врача-специалиста, посещение на дому;

1.4.2. оплата/компенсирование расходов на оказание услуг по уходу в связи со Страховым случаем - инъекций, вливаний, перевязки ран, других назначенных врачом медицинских услуг в связи со Страховым случаем, предоставленных в медицинском учреждении или на дому;

1.4.3. оплата/компенсирование расходов на консультации психиатра, но не более чем на два визита в течение Страхового периода;

1.4.4. оплата/компенсирование расходов на назначенные врачом лабораторно-инструментальные исследования, связанные с расстройством здоровья, которое признано Страховым случаем;

В этом случае оплачиваются:

а) лабораторные: клинические, биохимические цито-гистологические, гормональные,



иммуноферментные, микробиологические - бактериологические;

б)инструментальные:клинико-изиологические, рентгенологические,льтразвуковые, эндоскопические исследования, компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс.

Примечание: За счёт страховой выплаты оплачиваются только медицински обоснованные и назначенные врачом и выполненные в учреждении здравоохранения исследования (должно быть представлено исследование врача – форма 028/а, в котором указаны наименование направляющего учреждения, дата направления, цель направления, диагноз и код в соответствии с МКБ-10-АМ, направление должно быть подписанное направляющим врачом и скреплён именным штампом врача. Если в направлении отсутствуют вышеупомянутые реквизиты, Страховщик имеет право услугу, оказанную на основании направления, считать нестраховым случаем и страховой выплаты по нему не производить);

Компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс, позитронно-эмиссионная томография оплачиваются только в том случае, если о необходимости проведения этих исследований перед их проведением Страховщик был проинформирован в письменной форме, и было получено соответствующее письменное согласие Страховщика;

1.4.5. оплата/компенсирование расходов по лечению Расстройства здоровья, признанного Страховым случаем, в дневном стационаре (компенсируемые из средств Фонда обязательного медицинского страхования услуги дневной хирургии).

Примечание: эти расходы оплачиваются/компенсируются только в том случае, если о необходимости лечения в дневном стационаре до начала лечения Страховщик был проинформирован в письменной форме и получено соответствующее письменное согласия Страховщика. Оплачиваются только те расходы или их часть, которые частично не компенсируются за счёт Фонда обязательного медицинского страхования за услуги дневной хирургии, утверждённые приказом министра здравоохранения Литовской Республики от 28 декабря 2011 года за № V-1189, со всеми последующими его изменениями, дополнениями и новую редакцию, предоставленные во время пребывания Застрахованного в дневном стационаре.

Затраты на медицинские средства, одноразовые инструменты, операции по коррекции зрения не оплачиваются из раздела амбулаторного лечения и диагностики.

2. Стационарное лечение

2.1. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Дополнительные услуги в государственных больницах», «Стационарное лечение в государственных больницах» или «Стационарное лечение в частных больницах» и в случае наступления страхового случая страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату/компенсацию расходов за предоставленные Застрахованному услуги терапевтического и/или хирургического профиля при наличии показаний врача стационара, выполненные в стационарном медицинском учреждении и не компенсируемые из Фонда обязательного медицинского страхования:

2.1.1. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Дополнительные услуги в государственных больницах» и при наступлении Страхового случая страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату/компенсацию расходов за дополнительные услуги в государственных больницах - одноместная и двухместная палата;

2.1.2. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Стационарное лечение в государственных больницах» и при наступлении Страхового случая страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату/компенсацию расходов на диагностические, лечебные услуги, все дополнительные услуги (услуги комфорта), включая приобретение медицинских средств, одноразовых инструментов и лекарств, в рамках стационарного лечения в государственных больницах;

2.1.3 В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Стационарное лечение в частных больницах» и в случае наступления Страхового случая, страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату/компенсацию расходов на диагностические, лечебные услуги, все дополнительные услуги (услуги комфорта), включая приобретение медицинских средств, одноразовых инструментов и лекарств, в



рамках стационарного лечения в частных больницах.

3. Ведение беременности, роды и послеродовой уход

3.1. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Ведение беременности, роды и послеродовой уход», Страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится:

3.1.1. на оплату/компенсацию расходов на услуги, предоставленные в соответствии с положениями приказа Министерства здравоохранения Литовской Республики от 11 июля 2011 г. № V-681 «О проверке здоровья беременных» со всеми последующими изменениями, дополнениями и новой редакцией, за периодические визиты беременной и ведение беременности с нормальной или повышенной степенью риска;

3.1.2. на оплату/компенсацию расходов на услуги по диагностике и лечению расстройств здоровья и (или) болезней, установленных во время плановых визитов беременной;

3.1.3. на оплату/компенсацию расходов по диагностике и лечению болезней и состояний, на развитие или обострение которых повлияло состояние беременности и (или) роды;

3.1.4. на оплату/компенсацию расходов по диагностике и лечению осложнений течения беременности;

3.1.5. на оплату/компенсацию расходов по родам и послеродовому уходу, за платную послеродовую палату в государственных больницах;

3.1.6. на оплату/компенсацию расходов по родам и послеродовому уходу в частных медицинских учреждениях.

4. Одонтологические услуги

4.1. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Одонтологические услуги», страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится:

4.1.1. на оплату/компенсацию расходов на услуги гигиены полости рта, в частности, оценке гигиены полости рта, удалению твёрдого и мягкого зубного налёта, аппликации фторида;

4.1.2. на оплату/компенсацию расходов на услуги по лечению зубов, в частности, общего эндодонтитического, ортодонтического, пародонтологического и хирургического

лечения заболеваний зубов; оплату/компенсацию услуг по реконструкции дефектов твёрдых тканей зуба при помощи пломб, вкладок, накладок и ламинатов; оплату/компенсацию услуг по радиологическому исследованию зубов, обезболиванию, удалению зубов.

4.2. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Одонтологические услуги и протезирование» страховая выплата в соответствии с условиями Договора дополнительно к случаям, предусмотренным Программой медицинского страхования «Одонтологические услуги», производится также на оплату/компенсацию расходов на услуги по протезированию зубов, в частности, при помощи одиночных зубных коронок, мостовых зубных протезов с временной и постоянной фиксацией (несъёмных), имплантатов, протезов в виде съёмных пластин, дуговых протезов на опорные зубы.

5. Лекарства и средства медицинской помощи

5.1. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Лекарства и средства медицинской помощи» Страховым случаем считается установленное врачом и обоснованное медицинскими документами Расстройство здоровья Застрахованного, в связи с которым Застрахованный понёс расходы по приобретению назначенных врачом Лекарств или Средств медицинской помощи, которые занесены в реестр лекарственных средств Министерства здравоохранения Литовской Республики или реестр лекарственных средств Европейского сообщества.

Примечание: выше в этом разделе используемые понятия Лекарств и Медицинских средств и средств ортопедической техники имеют следующее значение:

Лекарства - лекарственные вещества или их производные, предназначенные для лечения человеческих заболеваний, зарегистрированные в Литве Государственной службой по контролю лекарственных средств, и лекарства, имеющие код АТХ (анатомо-терапевтическо-химической классификации), приобретённые в аптеках по рецепту врача. Если приобретённые лекарства (медикаменты) компенсируются из Фонда обязательного медицинского страхования, страховая выплата производится на оплату/компенсацию не более чем разницы в цене розничной и базовой (базовая цена – часть розничные цены на



лекарственные средства, установленная в преискуранте базовых цен компенсируемых лекарственных средств Министерства здравоохранения);

Средства медицинской помощи (в том числе ортопедические технические) – медицинские приборы и медицинские товары, приобретаемые (арендуемые) в аптеках, магазинах ортопедических товаров (в том числе и в интернетных) по назначению лечащего врача. Для произведения страховой выплаты на компенсацию расходов по приобретению этих средств Страховщику необходимо представить медицински обоснованную выписку из истории болезни Застрахованного. Если приобретаемые средства медицинской помощи и ортопедические технические средства компенсируются из фонда обязательного медицинского страхования, страховая выплата производится на оплату/компенсацию не более чем разницы в цене розничной и базовой. Одноразовые инструменты и средства, используемые в услугах дневной хирургии, также причисляются к Средствам медицинской помощи.

6. Витамины

В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Витамины» страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату/компенсирование приобретённых Застрахованным (в аптеках в том числе и в интернетных) витаминов, минералов, пищевых добавок, гомеопатических лекарств и медикаментов растительного и животного происхождения, которым не присвоен код АТХ (в этом случае не применяется ограничение подпункта 5.4.6. раздела 5 Правил).

7. Оптика

В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Оптика» страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату/компенсирование расходов на приобретение в оптиках (в том числе и в интернетных) назначенных Застрахованному врачом очковых линз (пластиковых, стеклянных, фотохромных, прогрессивных), контактных линз, необходимых при нарушении зрения, а также медицински обоснованных операций по коррекции зрения, консультаций по подбору оптических средств.

8. Профилактические, периодические медицинские проверки и исследования

8.1. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Профилактические, периодические медицинские проверки и исследования» страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится:

8.1.1. на оплату/компенсирование расходов по профилактической проверке состояния здоровья, выбранных по желанию Застрахованного исследований и врачебных консультаций, проводимых в медицинском учреждении, направленных на оценку состояния здоровья Застрахованного, своевременное диагностирование возможного заболевания и предотвращение расстройства здоровья (в этом случае не применяется ограничение подпункта 5.3.4. раздела 5 Правил);

8.1.2. на оплату/компенсирование расходов врачебного осмотра и исследований, которые периодически требуются в определённых (назначенных врачом) интервалах времени для регулярного мониторинга состояния здоровья Застрахованного, страдающего определённым хроническим заболеванием или принимающего определённые медикаменты;

8.1.3. на оплату/компенсирование расходов на исследования и консультации, не связанные с Расстройством здоровья, по поводу которого обратился Застрахованный, но назначенные врачом в связи с другими изменениями здоровья, обнаруженными при осмотре, пальпации, аускультации, если результаты проведённых исследований находятся в пределах нормы (в данном случае не применяются ограничения подпунктов 5.2.3., 5.3.2., 5.3.12. раздела 5 (диагностика) Правил).

9. Прививки

В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Прививки» страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату/компенсирование выбранных Застрахованным или назначенных врачом прививок (вакцин) (т.е. эффективного средства по предупреждению заразной болезни и вызванных ею осложнений), вакцинации, консультаций по вакцинации, проведённых в лицензированных Министерством здравоохранения Литовской Республики медицинских учреждениях,



имеющих лицензии на осуществление данной деятельности.

10. Медицинская реабилитация

10.1. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Медицинская реабилитация» страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату/компенсирование указанных ниже услуг по медицинской реабилитации, т.е. при наличии у Застрахованного Расстройства здоровья (*острого состояния, обострения заболевания или травмы*), назначенное лечащим врачом (*должно быть подтверждённое лечащим врачом направление*) медицински обоснованное продолжение лечения (*медикаментозного, хирургического, иммобилизационного*), цель которого - укрепить здоровье Застрахованного и (или) восстановить трудоспособность после болезни или травмы и добиться ремиссии. Реабилитационная терапия воспринимается как комплексная терапевтическая мера в придачу к другим применяемым терапевтическим мерам и как продолжение после неэффективного или недостаточно эффективного лечения.

10.2. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Медицинская реабилитация» страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату консультаций физиотерапевта, эрготерапевта, процедур физиотерапии (*ультразвук, микроволны, импульсная терапия*), процедур кинезитерапии, эрготерапии, грязевых и водных процедур, лечебного массажа, галотерапии, озонотерапии, мануальной терапии, назначенных врачом (*в соответствии с требованиями пункта 10.1.*). Страховая выплата по данной Программе медицинского страхования не производится в связи с лечением Расстройств здоровья, вызванных дегенерационными изменениями и остеохондрозом, и связанными с этим услугами, которые в соответствии с Правилами не считаются медицинской реабилитацией.

11. Оздоровительные услуги

11.1. В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Оздоровительные услуги» страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату услуг, цель которых - повышение иммунитета организма Застрахованного, устойчивости к болезням

и/или травмам, помощь в преодолении стресса, повышение уровня трудоспособности:

11.1.1. на оплату занятий в тренажёрном зале, аэробики, йоги, пренатальных упражнений, тенниса, сквоша, бадминтона, борцовских видов спорта и других предусмотренных Договором услуг физкультуры; бальнеотерапии, бассейна, кинезитерапии, физиотерапии; мануальной терапии, массажа; услуг озонотерапии, процедур пелоидной терапии, проводимых в спортклубах, медицинских учреждениях, спа-центрах и санаториях. На эти услуги направление врачу не обязательно. Срок действия абонента на оздоровительные услуги, оплачиваемого за счёт страховой выплаты, не может быть больше, чем срок действия Страховой защиты;

11.1.2. на оплату консультаций у инезитерапевта, эрготерапевта;

11.1.3. на оплату консультаций психолога, психотерапевта;

11.1.4. на оплату консультаций диетолога, гомеопата, рефлексотерапевта;

11.1.5. на оплату услуг нетрадиционной медицины, которые предоставляются в медицинских учреждениях, лицензированных Государственной службой аккредитации при Минздраве, или медицинским специалистом, имеющим лицензию на осуществление медицинской практики в этой области.

12. Все медицинские услуги

В случае выбора Страхователем Программы медицинского страхования «Все медицинские услуги» страховая выплата в соответствии с условиями Договора производится на оплату всех перечисленных в Правилах и/или предусмотренных в Договоре Услуг здравоохранения, которые были предоставлены в медицинских учреждениях, аптеках, санаториях, спортклубах. Эти медицинские средства, лекарства и услуги не требуют назначения или рецепта врача (*в данном случае не применяются ограничения подпунктов 5.2.3., 5.2.4. раздела 5 и пунктов 5.3., 5.4., 5.5. Правил*).

II. Если расходы (часть расходов) Застрахованного на предоставленные медицинские услуги, приобретённые лекарства или медицинские средства компенсируются из фонда обязательного медицинского страхования, страховая выплата не производится или уменьшается на сумму компенсации.