

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

Приложение № 2

К ПРАВИЛАМ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ № 010

Действительно с 01.03.2015

Условия страхования расходов на лечение критических заболеваний

Настоящее приложение № 2 (далее – Приложение № 2) к Правилам медицинского страхования № 010 со всеми существующими приложениями (далее – Правила), определяет условия, правила и требования, применимые в случаях, когда Страхователь выбирает страхование дополнительных расходов на лечение критических заболеваний.

Приложение № 2 является неотъемлемой частью Правил.

В случае возникновения расхождений или несоответствий между положениями Приложения № 2 и Правил преобладающую силу имеют условия и требования Приложения № 2.

1. Дополнительные понятия:

Наряду с определёнными в Правилах понятиями, данные указанные ниже понятия, используемые в Договоре и в направляемых сторонами друг другу сообщениях по Договору, имеют значение и/или конкретное содержание, определённое в Договоре и его приложениях, и соответствующим образом толкуются, если контекст явно не требует иного и/или в Договоре или в соответствующих сообщениях сторон не указано иное:

1.1. Критическое заболевание - одно или несколько заболеваний и (или) операций, указанных в статье 6 настоящего Приложения и отвечающих определённым в нём критериям диагностирования Критических заболеваний.

1.2. Дата установления Критического заболевания – днём установления Критического заболевания считается один из следующих дней:

- в случае Критических заболеваний, указанных в пунктах 6.4, 6.5, 6.6 и 6.13 – день проведения хирургической операции Застрахованному;

- в случае Критических заболеваний, указанных в пункте 6.7 - день, когда Застрахованный включён в официальный список ожидающих операцию;

- в других случаях Критических заболеваний, предусмотренных в настоящем Приложении № 2 - день, когда Застрахованному поставлен диагноз Критическое заболевание.

2. Страховой случай - впервые установленное Застрахованному Критическое заболевание, в связи с которым Застрахованный несёт расходы, Фонда обязательного медицинского страхования не возмещается стоимость предоставления медицинской услуги на базе. Страховой случай должен соответствовать требованиям других правил, необходимых для распознавания события страховым случаем.

3. Страховая выплата

Застрахованному при наступлении Страхового случая в соответствии с настоящим Приложением № 2 страховая выплата производится одним из следующих способов:

3.1. предусмотренная в Договоре сумма страхования Критических заболеваний; или

3.2. компенсируются понесённые Застрахованным расходы в соответствии с требованиями, указанными в Приложении № 1 к Правилам, на амбулаторное лечение и диагностику, стационарное лечение, медицинскую реабилитацию, приобретение лекарств и средств медицинской помощи, витаминов, периодические проверки здоровья в пределах Страховой защиты.

4. Срок действия Страховой защиты

Страховщик в пределах Страховой суммы возмещает расходы, связанные со Страховым случаем, произошедшем в течение Периода страхования, предусмотренные пунктом 3.2 настоящего Приложения № 2, но не более чем в 6 месяцев с последнего дня Периода страхования, т.е. заявление на компенсацию таких расходов должно быть подано не позднее, чем в течение 6 месяцев после последнего дня действия Страхового периода.

5. Нестраховые случаи:

Страховыми случаями не считаются и страховые выплаты Страховщиком не производятся:

- если Критическое заболевание диагностируется менее чем через 60 дней после вступления в силу Страховой защиты, за исключением случаев, когда предоставленная по Договору Страховая защита по поводу Страховых случаев, предусмотренных в



Приложении № 2, возобновляется на новый Страховой период;

- если Критическое заболевание не соответствует критериям признания Критическим заболеванием и Страховым случаем, указанным в настоящем Приложении № 2;

- по поводу повторного заболевания тем же Критическим заболеванием;

- когда случай признан Нестраховым в соответствии с условиями, раздела 4 Правил (кроме пункта 5.3.8).

6. Перечень Критических заболеваний:

6.1. Злокачественная опухоль (рак)

Это неконтролируемый рост, распространение и инвазия (вторжение) злокачественных клеток в ткани.

Понятие рака также охватывает лейкемии и злокачественную лимфому и миелодиспластический синдром.

В этих случаях диагноз должен быть подтвержден врачом-онкологом или гематологом.

Страховая компенсация не выплачивается в связи с:

- локализованными неинвазивными опухолями, имеющими только ранние изменения злокачественности (carcinoma in situ), включая протоочный и лобулярный рак груди in situ, дисплазию шейки матки, интраэпителиальную неоплазию шейки матки (CIN-1, CIN-2 и CIN-3);
- хронической лимфоцитарной лейкемией, если не диагностирована стадия не менее В по классификации BINET;
- любым раком простаты, если гистологическими исследованиями не классифицируется рак больше 6 стадии по шкале Глисона или рак не развился до стадии T2N0M0 по клинической классификации TNM.
- карциномой базальных (фундаментальных) клеток кожи или карциномой плоских клеток и злокачественной меланомой стадии IA (T1aN0M0), если не выявлены метастазы этой опухоли;
- папилловым раком щитовидной железы диаметром менее 1 см и гистологическими исследованиями определяемым как T1N0M0;
- микрокарциномой мочевого пузыря, гистологическими исследованиями классифицируемой как Ta;
- истинной полицитемией и первичной тромбоцитемией;
- моноклоновой гаммапатией неустановленного значения;

- лимфомой желудка MALT (лимфомой экстранодальной маргинальной зоны желудка), если ее можно вылечить при помощи схемы эрадикации (искоренения) хеликобактер пилори;

- гастроинтестинальной стромальной опухолью (GIST), I и II стадия рака по системе определения стадии рака AJCC (the American Joint Committee on Cancer – Американский объединенный комитет по изучению рака);

- лимфомой кожи, если болезнь не нужно лечить химеотерапией или лучевой терапией;

- микроинвазивной карциномой груди (гистологическими исследованиями классифицируемой как T1mic), если для длительного лечения не требуется мастэктомия, химеотерапия или лучевая терапия;

- микроинвазивной карциномой шейки матки (гистологическими исследованиями классифицируемой как стадия IA1), если для длительного лечения не требуется гистерэктомия, химеотерапия или лучевая терапия.

6.2. Инфаркт миокарда

Это острое необратимое повреждение (некроз) сердечной мышцы, которое развивается вследствие прекращения адекватного артериального кровообращения в соответствующем сегменте миокарда.

Инфаркт миокарда должен быть подтвержден изменением значений лабораторных показателей инфаркта миокарда (тропинина или ферментов СК-MB) до характерных для инфаркта миокарда уровней, если одновременно выявляется не менее двух из нижеуказанных критериев:

- клинические симптомы ишемии (длительная грудная ангина);

- новые электрокардиографические (ЭКГ) изменения, характерные для инфаркта миокарда, показывающие ишемию миокарда (новые изменения зубцов ST-T или новая блокада левой ножки пучка Гиса);

- появление на ЭКГ патологического зубца Q.

Диагноз должен быть подтвержден врачом-кардиологом. Если Застрахованному диагностирован инфаркт миокарда, но не выполнены все вышеперечисленные критерии, решение о признании Страховым случаем принимает врач-эксперт Страховщика.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- повышение концентрации тропонина при отсутствии явной ишемической болезни сердца (например, миокардит, вызванная стрессом кардиомиопатия, расстройство ритма сердца, эмболия легких, наркотическая интоксикация);



6.3. Инсульт (инфаркт мозга)

Острое нарушение мозгового кровообращения (из-за инфаркта мозговой ткани, кровотечения из внутримозговых сосудов или эмболизации из экстракраниальных источников), вызывающее неврологический дефицит продолжительностью более 24 часов.

Диагноз должен быть обоснован данными объективных исследований (МРТ или КТ и др.), подтверждающими вновь возникшие, характерные для инфаркта мозга, изменения в головном мозге и продолжающийся устойчивый неврологический дефицит. Устойчивый неврологический дефицит должен быть подтвержден врачом-неврологом по прошествии не менее 3 месяцев после инфаркта мозга.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- в связи с проходящим приступом ишемии мозга (ППИМ) и возвратным (реверсивным) ишемическим неврологическим дефицитом (РИНД);
- травматического повреждения мозга или кровеносных сосудов;
- при неврологическом дефиците вследствие общей гипоксии, инфекции, воспалительного заболевания, мигрени или медицинской интервенции;
- случайных обнаружений наглядных исследований (компьютерной томографии или магниторезонансных исследований) без явно связанных клинических симптомов инсульта («тихий инсульт»).

6.4. Операция коронарного шунтирования

Открытая сердечно-сосудистая операция для коррекции двух или более коронарных стенозов или окклюзий с использованием в качестве трансплантата поверхностной вены ноги, внутренней грудной или другой подходящей артерии. Необходимость операции должна быть подтверждена ангиографическим исследованием и заключением врача-кардиолога и (или) кардиохирурга.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если операция шунтирования выполнена для лечения одного стеноза или одной окклюзии (тромба);
- если выполнена ангиопластика коронарных артерий или имплантация стента.

6.5. Операции клапанов сердца

Хирургическая операция сердца, в ходе которой один или более клапанов сердца заменяются искусственными.

Это понятие охватывает следующие процедуры:

- операция по замене или коррекции клапанов сердца, выполняемая открытым способом (вскрывая грудную клетку);
- операция Россо;
- коррекция клапанов сердца через катетер (катетерная вальвулопластика);
- имплантация клапана аорты через катетер (TAVI).

Страховая компенсация не выплачивается, когда сужение двустворчатого (митрального) клапана было выполнено катетерным способом.

Необходимость операции должна быть подтверждена врачом-кардиологом или кардиохирургом, а также должна быть обоснована данными эхокардиоскопии или катетеризации сердца.

6.6. Операции аорты

Это операция аорты, цель которой – откорректировать (вылечить) сужение, стеноз, аневризм или расслоение аорты.

Это понятие охватывает открытые хирургические операции и минимально инвазивные процедуры, такие как эндоваскулярная коррекция. Необходимость операции должна быть подтверждена врачом-кардиохирургом и данными наглядных исследований.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- по поводу операции корней грудной и абдоминальной аорты (включая шунтирование аорты и бедренной артерии и шунтирование большеберцовой артерии);
- по поводу операции аорты, связанной с врожденными заболеваниями соединительной ткани (например, Синдром Марфана, синдром Элерса-Данлоса);
- операции по поводу травматического повреждения аорты.

6.7. Трансплантации внутренних органов/костного мозга

Операция по пересадке одного из следующих органов - сердца, почки (-чек), печени (включая трансплантацию части печени живого донора), легких (включая трансплантацию доли легкого живого донора или трансплантацию одного легкого), костного мозга (трансплантация аллогенных гемопоэтических стволовых клеток, выполненная после полного удаления



костного мозга), тонкого кишечника, поджелудочной железы, частичная или полная трансплантация лица, руки, кисти или ноги (комплексная пересадка аллотрансплантата тканей), когда Застрахованный является реципиентом.

Застрахованному фактически должна быть выполнена трансплантация органа или состояние, в связи с которым требуется трансплантация, должно считаться неизлечимым другими средствами и специалистом соответствующей области должно быть подтверждено, что Застрахованный внесен в официальный список очереди на трансплантацию органов.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- когда выполнена трансплантация других органов, частей тела или тканей (включая роговицу и кожу);
- когда выполнена трансплантация других клеток (включая клетки островков поджелудочной железы и не гемопоэтические стволовые клетки).

6.8. Почечная недостаточность

Полная почечная недостаточность вследствие острого и необратимого нарушения функции обеих почек. Страховая выплата производится, если Застрахованному проводится операция по пересадке почек или регулярный диализ (гемодиализы или перитонеальные диализы). Диагноз подтверждается заключением врача-нефролога и данными объективного исследования. Страховая выплата не производится в связи с возвратной острой почечной недостаточностью (когда требуются временный диализ).

6.9. Рассеянный склероз

Это демиелинизирующее воспалительное заболевание центральной нервной системы, характеризующееся рецидивирующими или непрерывно прогрессирующими симптомами неврологической дисфункции, приводящими к инвалидности. Диагноз подтверждается заключением невролога после всестороннего стационарного неврологического тестирования и результатами исследования магнитно-резонансной томографии (в головном или спинном мозге наблюдаются по меньшей мере два очага демиелинизации, характерные для рассеянного склероза), и когда множественный неврологический дефицит длится дольше 6 месяцев.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если рассеянный склероз только подозревается при наличии неврологических или радиологических изолированных синдромов, по которым можно заподозрить, но не диагностировать рассеянный склероз;
- если выявлен изолированный неврит глазного нерва и/или нейромиелит глазного нерва.

В случае изменения в критериях диагностики рассеянного склероза следует руководствоваться критериями диагностики, действующими на дату установления диагноза.

6.10. Болезнь Паркинсона в возрасте до 65 лет

Не подлежащий сомнению первичный диагноз болезни Паркинсона должен быть установлен врачом-неврологом.

Страховая компенсация выплачивается при наличии всех следующих условий:

- диагностированы по меньшей мере два из нижеуказанных клинических признаков: повышение тонуса мышц (ригидность); дрожание (тремор); брадикинезия (явно заметные замедленные движения, вялость физической и умственной реакции).
 - полная неспособность самостоятельно выполнять по меньшей мере 3 из 6-ти нижеуказанных ежедневных деятельности в течение срока не менее 3 (трех) месяцев непрерывно: мытье или удовлетворительное мытье при помощи других средств;
 - неспособность одеться, раздеться, застегнуть всю одежду;
 - неспособность самостоятельно есть;
 - неспособность соблюдать достаточную личную гигиену, пользуясь туалетом, или иначе управлять функциями стула и мочеиспускания;
 - неспособность переходить из комнаты в комнату на том же этаже;
 - неспособность подняться/слезть с кровати на стул или инвалидную коляску и назад.
- Если вышеперечисленные клинические признаки изменились вследствие имплантации нейростимулятора, то, независимо от способностей ежедневной деятельности, болезнь считается Страховым случаем.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- если установлен вторичный паркинсонизм (включая паркинсонизм, вызванный лекарственными препаратами или токсинами);
- если установлен самопроизвольный тремор;
- если установлен паркинсонизм, связанный с другими нейродегенеративными заболеваниями.



6.11. Болезнь Альцгеймера в возрасте до 65 лет

Не подлежащий сомнению диагноз болезни Альцгеймера должен быть установлен врачом-неврологом.

Страховая компенсация выплачивается при наличии всех следующих условий:

- диагноз болезни поставлен в возрасте до 65 лет;
 - диагноз подтвержден данными типовых наглядных нейropsychологических исследований и исследований нервной системы (например, при помощи компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии)
 - диагностирована потеря интеллектуальных способностей, проявляющаяся расстройствами памяти и когнитивных функций (функций последовательности, организационных, обобщения и планирования), которые вызывают резкое ухудшение умственной и социальной функции;
 - выявлено изменение личности;
 - медленно прогрессирующее заболевание и постоянное снижение когнитивных функций;
 - отсутствуют расстройства сознания;
 - Застрахованный нуждается в постоянном уходе 24 часа в сутки.
- Диагноз болезни и потребность в уходе должны быть определены и подтверждены врачом-неврологом.

Страховая компенсация не выплачивается, если будут выявлены другие формы деменции (слабоумия), касающиеся умственных, системных или психических заболеваний. диагноза.

6.12. Ожоги третьей степени

Ожоги, которые покрывают по меньшей мере 20 % площади поверхности тела и разрушают все слои кожи.

6.13. Доброкачественная опухоль головного мозга

Это доброкачественный рост тканей, находящихся в черепной полости (головного мозга, мозговых оболочек или черепно-мозговых нервов).

Диагноз должен быть установлен врачом-неврологом и нейрохирургом и подтвержден данными наглядных исследований.

Страховая компенсация выплачивается, когда для лечения опухоли применялся по меньшей мере один из следующих способов:

- полное или частичное хирургическое удаление;
- стереотаксическая радиохирургия;
- наружное лучевое лечение.

Если по медицинским причинам ни один из способов лечения применять нельзя, опухоль должна вызвать постоянный неврологический дефицит, который сохраняется по меньшей мере в течение 3 (трех) месяцев со дня постановки диагноза.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- при определении или лечении любых кист мозга, грануломы, гамартом или мальформации мозга, артериовенозных, венных или каверзных мальформаций;
- опухоли гипофизарной железы (гипофиза).

6.14. Слепота

Полная необратимая потеря зрения на оба глаза из-за травмы или болезни, которую нельзя лечить рефракционной коррекцией, лекарственными препаратами или операцией. Диагноз должен быть подтвержден данными объективных исследований и заключением комиссии врачей-окулистов о потере зрения по прошествии 6 месяцев после установления диагноза. Полной потерей зрения (слепотой) считается такое состояние, при котором острота зрения лучше видящего глаза составляет 3/60 или меньше (0,05 или меньше по десятичной системе) или при котором поле зрения лучше видящего глаза меньше 10° диаметра после коррекции.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- потеря зрения на один глаз;
- разные обратимые расстройства зрения.

6.15. Глухота

Это полная необратимая потеря слуха. Диагноз должен быть подтвержден данными аудиометрии (показатель порога слуха не менее 90 дБ для более здорового уха в диапазоне частоты слуха 500, 1 000 и 2 000 Гц), а также заключением врачебной экспертной комиссии, когда имеется полная потеря слуха на оба уха по прошествии 6 месяцев после установления диагноза.

6.16. Потеря речи

Полная потеря способности говорить из-за травматического повреждения или заболевания, которое нельзя откорректировать никакими методами лечения, и которая сохраняется по меньшей мере в течение 6 месяцев. Диагноз должен быть подтвержден заключением врачебной экспертной комиссии, когда имеется полная потеря речи по прошествии 6 месяцев после установления диагноза.



Страховая компенсация не выплачивается, если утрата речи произошла вследствие психических расстройств или психических заболеваний.

6.17. Потеря функции конечностей

Полная и постоянная потеря двух или более конечностей или потеря их функции вследствие травмы или заболевания, сохраняющаяся дольше 3 месяцев со дня случая и подтвержденная врачом-неврологом на основании клинической симптоматики и диагностических исследований. Потерей конечности считается потеря выше коленного или локтевого сустава.

Страховая компенсация не выплачивается в следующих случаях:

- паралич произошел вследствие психических расстройств;
- синдром Гийена-Барре;
- периодический (проходящий), врожденный паралич.