

**Индивидуальная программа добровольного страхования**

**«Амбулаторно-поликлиническая помощь», «Стационарная помощь»**

**для работников Унитарного строительного предприятия «Трест «Реммонтажстрой»**

**Страховая сумма – 17 839 белорусских рублей на одно застрахованное лицо на год страхования, из них «Амбулаторно-поликлиническая помощь» - 3 839 белорусских рублей, «Стационарная помощь» - 14 000 белорусских рублей.**

**Страховой взнос на одно застрахованное лицо – 189,84 белорусских рублей на год страхования.**

**Программа добровольного страхования «Амбулаторно-поликлиническая помощь»**

Перечень медицинских организаций	Примечания	Исключение
Медицинская помощь организуется и оплачивается в государственных и негосударственных медицинских организациях, с которыми заключены договоры на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным ЗАСО «Белнефтестрах» по договорам добровольного страхования медицинских расходов, на дату заключения договора страхования	<p>ООО «БЕЛСОНО» в г. Солигорск услуги организуются и оплачиваются самостоятельно по согласованию со Страховщиком с последующим обращением застрахованного лица в страховую компанию с заявлением о возмещении понесенных расходов;</p> <p>в ГУ РКМЦ Управления делами Президента Республики Беларусь услуги организуются и оплачиваются самостоятельно по согласованию со Страховщиком с последующим обращением застрахованного лица в страховую компанию с заявлением о возмещении понесенных расходов.</p>	<p>Реабилитационный центр Элеос;                      ГУ «Республиканская больница спелеолечения».</p>

Перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках программы добровольного страхования	Примечания	Исключения
<p>Медицинские услуги организуются: консультации врачей-специалистов (в том числе повторные) – по медицинским показаниям; обследование и лечение – согласно назначению лечащего врача, в соответствии с клиническими протоколами</p>	<p>Медицинские показания: острое заболевание, хроническое заболевание или его обострение, несчастный случай, согласно назначению врача, в том числе лечение кожных заболеваний (нейродермит, экзема, псориаз, глубокие микозы и микозы ногтевых пластинок, демодекоз и гипергидроз)</p>	<p>Комплексы (пакеты, панели) лабораторных и диагностических исследований, сформированные в медицинских организациях. Все виды обследований для оперативного лечения, не предусмотренного программой. СО<sub>2</sub> лазерное лечение (кроме удаления доброкачественных новообразований)</p>
<p>1. консультативно-диагностические приемы врачей-специалистов, оформление и выдача застрахованному лицу необходимой медицинской документации</p>	<p>Одна консультация психотерапевта только по назначению врача-специалиста другого профиля по страховому случаю один раз за год страхования.</p> <p>Консультация врачей-физиотерапевта, реабилитолога, рефлексотерапевта организуется только в медицинской организации, где будет проводиться лечение</p>	<p>консультации косметолога, сомнолога, венеролога, фонопеда, психиатра, нарколога, сексолога, андролога, фитотерапевта, диетолога, генетика, гомеопата, трихолога, логопеда, стоматолога-ортодонта, стоматолога-ортопеда, врачей народной и нетрадиционной медицины, экстрасенсов, врачей – специалистов для решения вопроса о планировании семьи, врачей, не ведущих амбулаторный прием, а также обследование и лечение, назначенное указанными врачами-специалистами; вызов врача на дом</p>
<p>2. проведение консилиумов ведущих специалистов при наличии медицинских показаний по решению лечащего врача</p>		
<p>3. лабораторные исследования сред человека (в соответствии с назначением врача):  Молекулярно-генетическое исследование HLA-B27 (маркер высокой</p>	<p>1 исследование за год страхования</p>	<p>генетическая диагностика; спермограмма; диагностика краснухи, токсоплазма;</p>

<p>предрасположенности к развитию анкилозирующего спондилита (болезнь Бехтерева)</p> <p>Антитела к циклическому цитруллинированному пептиду (диагностика ревматоидного артрита).</p>	1 исследование за год страхования	<p>N-концевой пептид (NT-proBNP) контроль коагулограммы, D-димеров и БАК при приеме контрацептивов;</p> <p>протеин S, протеин C</p>
3.1. общеклинические		
3.2. гематологические		
3.3. морфологические	жидкостная цитология – 1 исследование за год страхования	<p>иммуногистохимические исследования;</p> <p>маркеры пролиферации P16, Ki-67</p>
3.4. биохимические, КОС	исследование витаминов (B6, B12 фолиевая кислота, Витамин Д) – 2 раза за год страхования	<p>ФиброМакс, ФиброТест;</p> <p>витамины, за исключением перечисленных в Примечании к п. 3.4.</p>
3.5. исследование гемостаза		
3.6. бактериологические, в том числе посев на уреамикоплазму	два диагностических исследования	посев на среду МакКоя
3.7. иммунологические: диагностика неинфекционных болезней (онкомаркеры, ревмопробы)		<p>маркеры аутоиммунных заболеваний;</p> <p>антитела к ацетилхолиновому рецептору;</p> <p>диагностика антифосфолипидного синдром;</p> <p>диагностика целиакии;</p> <p>альфа-фетопроtein (АФП)</p>
исследование гормонов	не более 10 гормонов за год страхования	<p>антимюллеров гормон;</p> <p>глобулин, связывающий половые гормоны (секс-гормон);</p> <p>ХГЧ;</p> <p>ингибин А, ингибин В</p>
диагностика аллергических состояний	не более 1 базовой аллергопанели с одним общим IgE или 10 специфических Ig за год страхования	<p>аллерго-чипирование;</p> <p>Alex-тест;</p> <p>БлотАнализ пакет № 319, № 341</p>

диагностика иммунных нарушений	не более 1 иммунограммы или 4 показателя гуморального и клеточного иммунитета за год страхования	
диагностика вирусных (в т.ч. диагностика COVID-19), паразитарных и бактериальных заболеваний (ИФА, РИФ, ПЦР, определение антигенов, МРП)	не более 6 Ig, 2 ПЦР, в т.ч. тестирование на антитела к SARS-CoV-2 COVID-19 (1 раз за год страхования по направлению врача с указанием диагноза только в государственных учреждениях). Исследование выдыхаемого воздуха или крови на хеликобактер пилори – 1 диагностическое исследование (при эрозивно-язвенном процессе – не более 2). за год страхования. Дыхательные (в т.ч. водородные) тесты на целиакию, СИБР и др. заболевания – не более 1 исследования за год страхования.	ПЦР исследование на COVID-19; экспресс-тест на антиген SARS-CoV-2;  определение антител Ig G к S белку – поствакцинальный иммунитет; определение антител Ig G перед проведением вакцинации от COVID-19; определение антигенов в кале;
гастропанель после ФГДС при наличии атрофического гастрита	не более одной панели	
диагностика ИППП	не более 5 качественных показателей (ВПЧ, ВПГ 1 и 2 тип, хламидии, микоплазма) любым из методов (ПЦР, ИФА) за год страхования или 1 скрининговая панель	количественное определение ВПЧ; контроль излеченности
4. функциональная диагностика:		манометрия пищевода
4.1. нейрофизиологические исследования (ЭЭГ, электромиография, полисомнография)	Полисомнография – 1 раз за год страхования	
4.2. оценка центральной гемодинамики и периферического кровообращения (реография, РЭГ (реоэнцефалография), РВГ (реовазография)		
4.3. исследование внешнего дыхания (спирография, спирометрия, пневмотонометрия), функционально-диагностические пробы (для диагностики заболеваний ЛОР-органов, ХОБЛ, пневмоний, БА)		
4.4. методы инструментальной диагностики сердца (ЭКГ, СМАД, Холтер ЭКГ, велоэргометрия (тредмил-тест)		

<p>5. ультразвуковые исследования молочных желез, органов брюшной полости, малого таза, почек, ЭХО-КГ с доплеровским анализом, суставов, полостей, сосудов, щитовидной железы, образований и узлов и др.</p>	<p>по медицинским показаниям согласно назначению врача.  Эластометрия печени – не более 1 за год страхования (только в государственных организациях здравоохранения).  Эндоультрасонография желудка по направлению врача-онколога – не более 1 за год страхования (только в государственных организациях здравоохранения).</p>	<p>эхосинусоскопия (узи исследование околоносовых пазух);  фолликулометрия;  стресс-ЭХОКГ</p>
<p>6. эндоскопические исследования органов пищеварения, дыхания (в том числе видеоэндоскопия ЛОР-органов), мочеполовых органов с выполнением необходимых диагностических процедур: цитологические, гистологические исследования мазков, биопсия</p>		<p>капсульная видеоэндоскопия;  уреазный экспресс-тест на <i>Helicobacter pylori</i> при эндоскопическом исследовании;  импеданс-рН-метрия;  внутривенная и ингаляционная анестезия, седация при эндоскопических исследованиях;</p>
<p>7. специальные методы диагностики:  кольпоскопия;  денситометрия ультразвуковая и рентгеновская;  дерматоскопия;  офтальмологические исследования</p>		
<p>8. малоинвазивные диагностические исследования: биопсия, пункция</p>		
<p>9. лучевая диагностика:</p>		
<p>9.1. рентгенологические исследования, в т.ч. с контрастированием</p>		<p>профилактическая рентгенография органов грудной клетки (в т.ч. флюорография);  маммография с томосинтезом.</p>
<p>9.2. компьютерная томография, в т.ч. 3D (КЛКТ), 4D-КТ, КТ-денситометрия, позитронно-эмиссионная томография</p>	<p>в государственных организациях здравоохранения  позитронно-эмиссионная томография – 1 раз за год страхования (только по направлению врача-онколога)</p>	<p>3D (КЛКТ), 4D-КТ по направлению врача-стоматолога, в т.ч. при оказании стоматологических услуг по снятию острой зубной боли</p>

	КТ в коммерческих медицинских центрах организуются и оплачиваются самостоятельно по согласованию со Страховщиком с последующим возмещением понесённых расходов по заявлению.	
10. радионуклидная диагностика: сканирование, сцинтиграфия, радиометрия, радиография, клиренс изотопа		
11. магнитно-резонансная томография в различных режимах и программах по направлению врача, в т.ч. программа ранней диагностики инсультов	не более 2-х зон за год страхования только в государственных организациях здравоохранения; МРТ молочных желез только по назначению врача онколога государственного медицинского учреждения. МРТ в коммерческих медицинских центрах организуются и оплачиваются самостоятельно по согласованию со Страховщиком, с последующим возмещением понесённых расходов по заявлению	
12. хирургические вмешательства:	только в государственных организациях здравоохранения	любые хирургические вмешательства, кроме перечисленных в п. 12 - хирургические вмешательства в коммерческих центрах
12.1. лазерная коагуляция сетчатки, в т.ч. барьерная лазерная коагуляция сетчатки	в государственных организациях здравоохранения	профилактическая лазерная коагуляция сетчатки перед лазерной коррекцией зрения
12.2. хирургическая обработка ран, перевязки, снятие швов после хирургических вмешательств	не более 5 манипуляций за год страхования по диагнозу, который является страховым случаем.	

12.3 пункция, дренирование суставов, пазух, полостей, тканей, вскрытие абсцессов под местной анестезией		
12.4. вправление вывихов, репозиция отломков, наложение иммобилизации, в т.ч. полимерные иммобилизирующие гипсы		
12.5. удаление доброкачественных новообразований кожных, подкожных, на мягких тканях: атерома, невус, липома, папиллома, гигрома, фиброма и др.	не более 4 за год страхования	удаление папиллом, кондилом аногенитальной зоны; удаление бородавок, натоптышей (мозолей), контагиозных моллюсков
12.6. удаление инородных тел		
12.7. удаление ногтя, в т.ч. аппаратное	аппаратное удаление ногтя – 1 раз за год страхования	лазерное лечение ногтя при микозах
12.8. гинекологические вмешательства: 12.8.1. лечение патологии шейки матки методами криодеструкции, электродиатермокоагуляции, лазерной вапоризации др. (при отсутствии ИППП)		введение и удаление средств контрацепции (спирали, губки, кольца и др.) пластическая лазеротерапия в гинекологии
12.8.2. конизация, эксцизия шейки матки		
12.8.3. обработка шейки матки после хирургических вмешательств	не более 3 раз одним курсом	
13. лечебные манипуляции, выполняемые врачами и средним медицинским персоналом, после полученных травм, в период острых (обострения хронических) заболеваний:	только в государственных организациях здравоохранения	любые лечебные манипуляции, кроме перечисленных в п. 13.; аутогемотерапия; аутосеротерапия; внутривенное лазерное облучение крови; иммунотерапия; PRP-терапия лечебные манипуляции в коммерческих центрах
13.1. простые лечебные манипуляции, выполняемые средним медицинским персоналом: инъекции, зондирование, и др.		
13.2. профилактическая вакцинация противостолбнячным анатоксином при травмах		
13.3. врачебные манипуляции:		
13.3.1. промывание носа и придаточных пазух носа	по медицинским показаниям согласно назначению врача	

13.3.2. промывание наружных слуховых проходов, продувание слуховых труб, в том числе удаление серных пробок	по медицинским показаниям согласно назначению врача	
13.3.3. промывание миндалин, в т.ч. вакуум-аспирация	по медицинским показаниям согласно назначению врача	криптолиз небных миндалин
13.3.4. эндотрахеальные заливки	по медицинским показаниям согласно назначению врача	
13.3.5. лечебные блокады (без оплаты стоимости лекарственных средств): внутрисуставные, периартикулярные, паравертебральные	не более 5 процедур, в т. ч. под контролем УЗИ не более 2 за год страхования	мышечные блокады (блокада триггерных зон)
13.3.6. инстилляция уретры и мочевого пузыря	не более 5 процедур за год страхования	
14. реабилитационно-восстановительное лечение в амбулаторных условиях после полученных травм, перенесенных оперативных вмешательств, острых заболеваний, обострения хронических заболеваний:	Только в государственных организациях здравоохранения, а также в Санатории “Березка” ОАО Беларуськалий	любые методы реабилитационно-восстановительного лечения, кроме перечисленных в п. 14.; озонотерапия; карбокситерапия; криотерапия; сауна; магнитотерапия мышц таза; фотолечение, УФО в солярии биорезонансная диагностика и терапия; реабилитационно-восстановительное лечение в коммерческих центрах
14.1. воздействие факторами механической природы:		
14.1.1. один из видов массажа: ручной классический (не более 2 зон одним курсом за год страхования) либо механический аппаратный, либо пневмокомпрессионная терапия	до 10 процедур одним курсом за год страхования	все виды массажа, кроме перечисленных в п. 14.1.1. (в т.ч. предстательной железы, век, трансректальный массаж копчика, барабанной перепонки; баночный массаж, ультразвуковой массаж, баромассаж, сегментарный массаж, гинекологический массаж, вакуумный массаж, вакуумно-



14.2. физиотерапия:	количество видов курсового лечения определяется медицинскими показаниями согласно назначению врача	роликовый массаж)
электrolечение: гальванизация, электрофорез, электростимуляция, диадинамометрия, амплипульстерапия, интерференцтерапия, короткоимпульсная электроаналгезия, ультратонотерапия, дарсонвализация, ультравысокочастотная терапия, микроволновая, радиочастотная терапия, высокотоновая терапия, магнитотерапия	до 10 процедур за год страхования	
теплolечение: парафинотерапия, озокеритотерапия, грязелечение	до 10 процедур за год страхования	
светолечение: лазеротерапия, магнитолазеротерапия, ультрафиолетовое облучение, видимое инфракрасное облучение	до 10 процедур за год страхования	
ингаляционная терапия	до 10 процедур за год страхования	
ультразвуковая терапия	до 10 процедур за год страхования	
14.3. групповые, индивидуальные занятия ЛФК	после полученных в период страхования травм до 10 занятий за год страхования.	
14.4. групповые занятия ЛФК в бассейне	после полученных в период страхования травм до 10 занятий за год страхования.	
14.5. классическая корпоральная иглорефлексотерапия	до 10 процедур за год страхования	
14.6. гидротерапия: души, в т.ч. подводный душ-массаж	до 10 процедур за год страхования	

### Программа страхования «Стационарная помощь»

Перечень медицинских услуг, предоставляемых Застрахованным лицам в рамках программы добровольного страхования по медицинским показаниям	Примечания	Исключения
Оказание медицинской помощи осуществляется при наличии направления лечащего врача по согласованию со Страховщиком в пределах страховой суммы <b>только в государственных организациях здравоохранения,</b> с		-ГУ «Республиканская больница спелеолечения»; -ГУ РКМЦ Управления делами

<p>которыми заключены договоры на оказание медицинских услуг лицам, застрахованным ЗАО «Белнефтестрах» по договорам добровольного страхования медицинских расходов, на дату заключения договора страхования.</p> <p>Организацию здравоохранения определяет Страховщик</p>		<p>Президента РБ.</p> <p>Медицинские услуги, оказанные в соответствии с постановлением Совета Министров РБ от 28.04.2022 №253 «Об оказании платных медицинских услуг в порядке эксперимента».</p> <p>Обследование и лечение в отделениях и стационарах психиатрического и наркологического профиля по профильным заболеваниям. Лечение в отделениях пластической хирургии, косметологии и эстетической микрохирургии</p>
<p>1. обследование и лечение в стационаре круглосуточного пребывания или отделении дневного пребывания. Предоставление палаты повышенной комфортности.</p>	<p>Оплата одноместной палаты или койко-места в палате повышенной комфортности.</p> <p>В случае экстренной госпитализации при отсутствии свободных мест в двухместных палатах Застрахованное лицо может быть размещено в общую палату с дальнейшим переводом в маломестную палату при ее освобождении.</p>	<p>Лечение, направленное на снижение веса.</p> <p>Реабилитационно-восстановительное лечение в условиях реабилитационных центров, больниц, отделений</p>
<p>2. консультации врачей-специалистов, проводимые по назначению лечащего врача, в том числе проведение консилиумов.</p>		
<p>3. эндоскопические исследования</p>	<p>эндоскопические исследования с применением анестезиологического пособия (как причина госпитализации) – только при наличии направления лечащего врача</p>	<p>капсульная видеоэндоскопия; полисомнография; импеданс-рН-метрия</p>

4. диагностика и лечение сопутствующих заболеваний по назначению лечащего врача		.
5. медицинские манипуляции и процедуры, выполняемые по назначению лечащего врача.		
6. оперативные вмешательства, в том числе сложные и высокотехнологичные и с использованием дорогостоящих расходных материалов импортного производства:		косметические операции, в т. ч. пластика передней брюшной стенки, коррекция наружного носа по эстетическим или косметическим показаниям; эластичные бинты (в том числе бинт Coban); пересадка органов, систем; операции на артериальных сосудах, сердце; диагностическая коронарография; операции, направленные на снижение веса; пластическая лазеротерапия в гинекологии; остеопластика; - дистанционная и контактная ударно-волновая литотрипсия;
6.1. операции на венах, в том числе: минифлебэктомия или флебэктомия с применением лазерных методик или РЧА (не более одной операции на одной конечности в плановом порядке за год страхования). операции на прямой кишке (не более 1 операции за год страхования); операции на сосудах прямой кишки.		
6.2. операции на мочеполовых органах, в том числе реконструктивные, но не более одной операции в плановом порядке за год страхования;		
6.3. удаление доброкачественных образований различной локализации в плановом порядке по медицинским показаниям;		
6.4. эндоскопические операции на органах брюшной полости, грудной клетки, органах малого таза, суставах.		
6.5. операции по эндопротезированию суставов с применением импортных протезов не более одной операции на одной конечности за год страхования.		
6.6. другие плановые операции на органах и системах – 1 операция за год страхования.	коррекция искривления носовой перегородки (при наличии хронического ринита)	
6.7. операции на органах зрения: - по поводу катаракты с установкой интраокулярной линзы импортного производства или операции при глаукоме с установкой дренажей импортного производства (не более одной операции за год страхования – один глаз);		
7. нормо- и гипербарическая оксигенация крови.		
8. анестезиологическое пособие для оперативных вмешательств, включенных в индивидуальную программу добровольного страхования.		
9. лекарственные средства по назначению лечащего врача, включая лекарственные средства импортного производства (зарегистрированные на территории Республики Беларусь), в том числе возмещение расходов Застрахованного лица на приобретение лекарственных средств для лечения в	лекарственные средства должны быть приобретены в период стационарного лечения;	

условиях стационара, при их отсутствии в организации здравоохранения и в отделении дневного пребывания.	лекарственные средства для лечения в отделении дневного пребывания приобретаются не ранее, чем за 5 дней до начала лечения.	
10. оплата изделий медицинского назначения: эндопротез, экстра- и интрамедуллярные металлоконструкции, титановые пластины, винты, интраокулярная линза, дренаж, реконструктивно-пластический компонент.		оплата изделий медицинского назначения: стент, искусственный клапан; плазмаферез; экзопротезы; импланты молочных желез; биологические активные добавки; гиалуроновая кислота и ее производные; костыли; компрессионное белье; эластичные бинты; ортопедические изделия; послеоперационные биндажи; гигиенические средства; калоприемники; внутриаточная терапевтическая система «Мирена»
11. диетическое питание по назначению лечащего врача.		
12. физиотерапевтическое лечение, проводимое по назначению лечащего врача, в т.ч. мануальная терапия (не более 5 процедур в период каждой госпитализации), УВТ (не более 5 процедур в период каждой госпитализации)		озонотерапия; криотерапия; сауна; карбокситерапия

### Случаи, не относящиеся к страховым

1. Не признаются страховыми случаями и Страховщиком не возмещаются понесенные расходы, вызванные обращениями Застрахованных лиц в медицинские организации за предоставлением медицинской помощи по поводу:

1.1. травм, ожогов, отравлений, полученных Застрахованным лицом:

а) в результате покушения на самоубийство, сознательного совершения или попытки совершения противоправного действия (в том числе драки и других хулиганских действий в случаях, когда Застрахованное лицо было их инициатором, зачинщиком);

б) вследствие алкогольного, наркотического или токсического опьянения;

в) вследствие управления транспортным средством Застрахованным лицом, не имеющим соответствующего удостоверения на право управления транспортным средством данной категории, либо в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ, либо передавшим управление транспортным средством лицу, не имевшему соответствующего удостоверения на право управления или находившемуся в состоянии алкогольного опьянения или в состоянии, вызванном потреблением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов, токсических или других одурманивающих веществ;

1.2. осложнений, явившихся следствием нарушения Застрахованным лицом предписанного курса лечения или лечебного режима;

1.3. заболеваний, вызванных инфекциями, передающимися половым путем, клинических проявлений ВПЧ-инфекции (кондиломатоз);

1.4. ВИЧ-инфекции, СПИДа и их осложнений;

1.5. саркоидоза;

1.6. хронической печеночной и (или) почечной недостаточности, требующих проведения гемодиализа или других экстракорпоральных методов лечения;

1.7. туберкулеза;

1.8. острой и хронической лучевой болезни;

1.9. профессионального заболевания;

1.10. особо опасных инфекционных заболеваний, за исключением заболеваний, относимым к особо опасным по эпидемиологическим показаниям;

1.11. врожденных, кроме выявленных у взрослых в стадии функциональной недостаточности органов и систем, и наследственных заболеваний;

1.12. эпилепсии, психических расстройств и расстройств поведения, кроме соматоформной дисфункции ВНС;

1.13. алкоголизма, наркомании, токсикомании, а также болезней, наступивших вследствие алкоголизма, наркомании, токсикомании и их осложнений;

1.14. половых расстройств, бесплодия;

1.15. косметических дефектов лица, тела, конечностей, если они возникли до начала действия договора страхования или вследствие заболеваний, перенесенных в период действия договора страхования, по которым расходы за предоставленные услуги согласно настоящим Правилам не возмещаются Страховщиком;

1.16. трансплантации органов;

1.17. циррозов печени алиментарно-токсической этиологии;

1.18. дефектов речевого развития.

2. По условиям настоящих Правил не организуется предоставление медицинской помощи и не оплачиваются медицинские расходы, связанные с:

2.1. искусственной инсеминацией, экстракорпоральным оплодотворением;

2.2. стерилизацией мужчин или женщин, изменением пола;

2.3. обследованием и лечением с целью планирования семьи;

2.4. искусственным прерыванием беременности (абортом), за исключением случаев оказания медицинской помощи по соответствующим медицинским показаниям, и его осложнениями;

2.5. обследованием и лечением нетрадиционными методами, самолечением, аутотренингом;

- 2.6. обследованием и лечением, которое является экспериментальным или исследовательским;
  - 2.7. получением попечительского ухода в стационаре;
  - 2.8. уходом за Застрахованным лицом членами его семьи;
  - 2.9. лечением у медицинского работника, состоящего в родственных отношениях с Застрахованным лицом;
  - 2.10. приобретением и прокатом кондиционеров, увлажнителей воздуха, испарителей, тренажеров, спортивных снарядов или иного оборудования подобного рода;
  - 2.11. любыми способами снижения лишнего веса (в том числе диетологией, медикаментозными способами лечения, бариатрической хирургией);
  - 2.12. проведением пластических операций, кроме реконструктивных, проводимых по медицинским показаниям и направленных на восстановление функций органов;
  - 2.13. медицинскими услугами или препаратами, не являющимися необходимыми с точки зрения выставленного диагноза или лечения болезни, примененными по желанию Застрахованного лица, а не по медицинским показаниям;
  - 2.14. медицинскими услугами, не соответствующими Клиническим протоколам диагностики и лечения заболеваний, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь, за исключением случаев, когда договор страхования действует за пределами Республики Беларусь.
3. Если иное не предусмотрено индивидуальными программами добровольного страхования и договором страхования с применением соответствующих корректировочных коэффициентов, утвержденных приказом Страховщика, не оплачиваются медицинские расходы, связанные с обращениями Застрахованных лиц в медицинские организации по поводу:
- 3.1. стоматологической помощи (лечение заболеваний зубов, периодонта), а также зубопротезирования, ортодонтического лечения и подготовки к нему, за исключением случаев, когда необходимость такой помощи вызвана полученной Застрахованным лицом травмой;
  - 3.2. предоставления услуг личного врача;
  - 3.3. ведения беременности (консультации гинеколога и назначенные им обследования в период беременности) и родов;
  - 3.4. лекарственного обеспечения:
    - 3.4.1. приобретения лекарственных средств;
    - 3.4.2. приобретения (вне зависимости от целей применения) травяных сборов, биологически активных добавок (БАД), гомеопатических средств, витаминов, витаминно-минеральных комплексов;
    - 3.4.3. приобретения изделий медицинского назначения, за исключением указанных в подпункте 4.3.11 настоящего пункта Правил;
  - 3.5. реабилитационно-восстановительного лечения в санаторно-курортных организациях;
  - 3.6. плановой хирургической операции глаза, целью которой является коррекция близорукости, дальнозоркости и астигматизма;
  - 3.7. предоставления медикаментозного лечения по заболеваниям, включаемым в медицинскую услугу «Сердечно-сосудистые заболевания»;
  - 3.8. следующих заболеваний:
    - гепатитов и циррозов печени вирусной этиологии;
    - сахарного диабета 1-го типа и его осложнений;
    - онкологических заболеваний, (злокачественных новообразований, в том числе кроветворной и лимфатической тканей, доброкачественных новообразований злокачественного течения) и их осложнений;
    - демиелинизирующих и дегенеративных заболеваний нервной системы;
    - системных заболеваний соединительной ткани, в том числе ревматоидным артритом, болезнью Бехтерева, системными васкулитами;

- неспецифического язвенного колита, болезни Крона;
  - специализированного лечения (включая лекарственное обеспечение), направленного на профилактику тромботических осложнений после операций на сердце и артериальных сосудах (антиагреганты по назначению врача, указанные в заключении либо эпикризе) в период до 1 года после проведения операции;
- 3.9. получения Застрахованным лицом медицинских документов (справок) на ношение оружия, вождение автотранспорта, посещение бассейна, для трудоустройства, поступления в учебные учреждения, выезда за рубеж и других медицинских документов, выдаваемых на основании приказов Министерства здравоохранения;
- 3.10. приобретения технических средств социальной реабилитации (например, слуховые аппараты, корсеты, костыли, шины, тьюторы, брейсы, ортезы, стельки), а также понесения расходов на их подгонку;
- 3.11. приобретения для ухода за больными изделий медицинского назначения, предметов и средств ухода;
- 3.12. использования механических, химических, гормональных и других средств по контролю над рождаемостью, включая введение и удаление внутриматочной спирали, а также проведения исследований, необходимых для назначения и контроля применения этих средств;
- 3.13. медицинского обследования с целью диагностирования имеющихся бессимптомных патологий, в том числе профилактической диспансеризации с целью определения основных факторов риска развития нарушений здоровья;
- 3.14. проведения повторных врачебных консультаций, обследований с целью сбора мнений специалистов различных медицинских организаций по желанию Застрахованного лица без согласования со Страховщиком;
- 3.15. обследованием и наблюдением в послеродовой период, а также лечением послеродовых заболеваний, их осложнений, лактостаза.
4. При выявлении впервые у Застрахованного лица в период действия договора страхования заболевания, указанного в подпунктах 4.1.3 – 4.1.12 пункта 4.1 Правил, а также в подпункте 4.3.8 пункта 4.3 Правил, ему оказываются медицинские услуги и оплачиваются медицинские расходы в соответствии с индивидуальной программой добровольного страхования до установления окончательного диагноза такого заболевания, если иное не предусмотрено договором страхования в соответствии с пунктом 4.3 Правил.

### **Права и обязанности Застрахованного лица по договору страхования**

1. Застрахованное лицо имеет право:
- 1.1. получать информацию о Правилах страхования и условиях договора страхования, порядке предоставления медицинских услуг;
  - 1.2. требовать предоставления медицинских услуг в соответствии с условиями договора страхования;
  - 1.3. обратиться к Страховщику за получением медицинских услуг, предусмотренных индивидуальной программой страхования, любым из перечисленных способов:
    - устно по телефонам, указанным в карточке Застрахованного лица,
    - посредством размещения заявки на организацию медицинской помощи:  
через сайт [www.bns.by](http://www.bns.by);
    - на электронную почту Страховщика ([med@bns.by](mailto:med@bns.by));
  - 1.4. сообщать Страховщику о случаях не предоставления медицинской помощи либо неполного или некачественного ее предоставления;
  - 1.5. по согласованию со Страховщиком оплатить самостоятельно медицинские услуги, предусмотренные индивидуальной программой добровольного страхования, и предоставить Страховщику документы на их оплату;

- 1.6. требовать возмещения медицинских расходов, оплаченных по согласованию со Страховщиком самостоятельно;
- 1.7. обращаться устно или письменно к Страховщику по всем спорным вопросам.
2. Застрахованное лицо обязано:
  - 2.1. по предложению Страховщика до заключения договора страхования пройти медицинское обследование для оценки фактического состояния здоровья либо предоставить дополнительную медицинскую документацию;
  - 2.2. перед обращением за оказанием медицинской помощи незамедлительно уведомить об этом Страховщика, и согласовать медицинскую организацию, которая будет ее оказывать, а также объем медицинской помощи, если иное не предусмотрено индивидуальной программой добровольного страхования (договором страхования);
  - 2.3. соблюдать предписания лечащего врача, полученные в ходе предоставления медицинской помощи, соблюдать распорядок, установленный медицинской организацией;
  - 2.4. заботиться о сохранности страховых документов и не передавать их другим лицам с целью получения ими медицинской помощи. В случае, если Застрахованное лицо передало карточку Застрахованного лица (договор страхования) другим лицам, включая членов своей семьи, с целью получения ими медицинской помощи, то оно обязано возместить Страховщику сумму понесенных в связи с оказанием медицинской помощи этим лицам расходов в полном объеме путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика;
  - 2.5. при обращении в медицинскую организацию для получения медицинской помощи предъявить документ, удостоверяющий личность, карточку Застрахованного лица;
  - 2.6. выполнять указания и распоряжения Страховщика при наступлении страхового случая;
  - 2.7. незамедлительно, но не позднее, чем за один день до запланированного дня оказания медицинской услуги (последний рабочий день перед выходными днями, если оказание медицинской услуги запланировано на выходной день) уведомить Страховщика о невозможности получения медицинской услуги в согласованные Страховщиком и Застрахованным лицом сроки;
  - 2.8. контролировать предоставление медицинской помощи в соответствии с индивидуальной программой страхования, отдельными видами дополнительной медицинской помощи, включенной в договор страхования, а также остаток страховой суммы по договору страхования. В случае превышения Застрахованным лицом страховой суммы по договору страхования (страховой суммы на одно Застрахованное лицо в соответствии с индивидуальной программой страхования), оно обязано вернуть излишне использованные им денежные средства в течение 15 рабочих дней со дня обнаружения такого факта путем перечисления денежных средств на расчетный счет Страховщика.  
В случае отказа Застрахованного лица от возврата излишне израсходованных им денежных средств Страховщик вправе:
    - обратиться в суд с иском к Застрахованному лицу за взысканием, а также насчитать проценты за пользование чужими денежными средствами по ст.366 ГК РФ,
    - требовать от Страхователя исключения данного лица из списка Застрахованных лиц;
  - 2.9. в случае утери карточки Застрахованного лица незамедлительно сообщить об этом Страховщику;
  - 2.10. освободить медицинских и др. работников от обязанности хранить медицинскую тайну с целью получения Страховщиком информации и документов от правоохранительных, судебных органов, медицинских организаций и третьих лиц, которые вправе предоставить Страховщику требуемую информацию (за исключением информации, не подлежащей разглашению этими лицами в соответствии с законодательством).



**1. Договор (полис) действует в пределах Республики Беларусь.**

**2. При наступлении страхового случая (внезапное расстройство здоровья, несчастный случай, хроническое заболевание или его обострение) для организации медицинской помощи Застрахованное лицо обязано:**

– связаться по телефону, указанному в карточке Застрахованного лица, с представителем Страховщика (**специалист управления медицинского страхования ЗАСО «Белнефтестрах»**, далее по тексту **Специалист ЗАСО «Белнефтестрах»**) или отправить заявку через сайт [www.bns.by](http://www.bns.by) или по e-mail [med@bns.by](mailto:med@bns.by);

Заявка обрабатывается в течении 72 часов.

Заявка, направленная в пятницу и предпраздничный день после 12.00, субботу, воскресенье, праздничный день, обрабатывается в течении 2-х рабочих дней, следующих за выходным днём;

– назвать свою фамилию, имя, отчество, номер договора страхования, организацию, в которой работает, город, из которого звонит, изложить проблему, связанную со здоровьем, ответить на вопросы Специалиста ЗАСО «Белнефтестрах»;

– сообщить свой контактный номер телефона и желательное время получения консультации, диагностических или лечебных процедур. Специалист ЗАСО «Белнефтестрах» уведомляет Застрахованное лицо о дате, времени, месте оказания медицинской услуги после согласования визита с медицинской организацией;

– **при посещении медицинской организации иметь при себе паспорт или другой документ, удостоверяющий личность, карточку Застрахованного лица;**

– после первичной консультации врача в медицинской организации и получения рекомендаций по обследованию сообщить и направить по факсу или по электронной почте Специалисту ЗАСО «Белнефтестрах» назначенный план обследования для размещения гарантий страховой компании на оплату медицинских услуг;

– при необходимости получения повторной консультации гинеколога, уролога после обследования на ИППП, а также для организации рентгенологического обследования, компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), лечения в стационаре, предоставить по факсу или электронной почте консультативное заключение лечащего врача с рекомендациями, результаты обследования;

– незамедлительно, но не позднее, чем за один день до запланированного дня оказания медицинской услуги (последний рабочий день перед выходными днями, если оказание медицинской помощи запланировано на выходной день) уведомить ЗАСО «Белнефтестрах» о невозможности получения медицинской услуги в согласованные сроки.

**Примечания:**

*Гинекологическая (урологическая) программа приостанавливается при выявлении ИППП (а также в случае непредоставления результатов анализов на ИППП после их сдачи) до предоставления отрицательных анализов на ИППП и консультативного заключения.*

*Предоперационная подготовка к лечению в стационаре оплачивается только при наличии программы «Стационарная помощь» (при условии наступления страхового случая, при плановой госпитализации).*

*Специалист ЗАСО «Белнефтестрах» имеет право потребовать предоставления медицинской документации, которая была выдана Застрахованному лицу при посещении медицинской организации, для принятия решения об организации необходимых медицинских услуг.*

*Рекомендации по обследованию и лечению действительны в течение 2-х месяцев, если иное не предусмотрено консультативным заключением либо обусловлено эпидемиологической ситуацией.*

*Специалист ЗАСО «Белнефтестрах» определяет медицинскую организацию для оказания медицинских услуг по каждому конкретному случаю, руководствуясь характером клинической проблемы и лечебно-диагностическими возможностями конкретной медицинской организации, индивидуальной программой страхования, а также согласно консультативному заключению.*

*При неявке Застрахованного лица в медицинскую организацию за получением медицинской услуги Специалист ЗАСО «Белнефтестрах» может отказать в ее повторном предоставлении, если в соответствии с договором с медицинской организацией вынужден был ее оплатить (ответственность Страховщика).*

*Обращение Застрахованного лица по желанию без медицинских показаний не является страховым случаем.*

*Специалист ЗАСО «Белнефтестрах» имеет право оценивать обоснованность назначенных медицинских услуг в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения Министерства здравоохранения РБ.*

*Специалист ЗАСО «Белнефтестрах» принимает решение на основании медицинских показаний о расширении объемов обследования, а также о привлечении к оказанию медицинской помощи Застрахованным лицам любых организаций здравоохранения.*

### **3. Организация плановой госпитализации:**

Обязательным условием направления Застрахованного лица для оказания ему плановой стационарной помощи является наличие у него направления на госпитализацию, выданного лечащим врачом или врачом-консультантом медицинской организации.

Организация плановой госпитализации Застрахованного лица осуществляется не позднее 14 дней до окончания срока страхования.

### **4. Порядок компенсации медицинских расходов, понесенных Застрахованным лицом самостоятельно по согласованию с ЗАСО «Белнефтестрах».**

Застрахованное лицо по согласованию с ЗАСО «Белнефтестрах» может самостоятельно оплатить медицинские расходы, предоставленные ему в соответствии с индивидуальной программой добровольного страхования за медицинские услуги, оказываемые медицинскими организациями.

Застрахованное лицо в течение 35 календарных дней после оплаты предоставляет в ЗАСО «Белнефтестрах» следующие документы:

1) заявление о страховой выплате;

2) копию документа, подтверждающего факт обращения за медицинской помощью: эпикриз, выписку из медицинской карты амбулаторного больного или консультативное заключение врача, содержащие дату обращения, сроки оказания медицинских услуг, диагноз, назначенное (проведенное) обследование (для оплаты проведенного обследования);

3) оригиналы платежных документов (кассовые чеки, карт-чеки, копия выписки с карт-счета (на бумажном носителе), для юридических лиц – копия платежного поручения), подтверждающих оплату лечения, медицинских услуг, медикаментов, изделий медицинского назначения, назначенных врачом (указанных в заключении лечащего врача, эпикризе). В случае, если в платежных документах отсутствует наименование медицинских услуг, лекарственных средств, изделий медицинского назначения, то необходимо представить товарный чек (акт оказанных медицинских услуг, заказ-наряд), в котором должны быть указаны наименование и стоимость каждой медицинской услуги, лекарственного средства, изделия медицинского назначения;

4) копию документа, удостоверяющего личность (паспорт, свидетельство о рождении Застрахованного несовершеннолетнего лица).

ЗАСО «Белнефтестрах» в течение 10 рабочих дней принимает решение о признании заявленного случая страховым и в течение 15 рабочих дней с даты получения документов выплачивает страховое обеспечение Застрахованному лицу в белорусских рублях на счет, указанный в заявлении.

### **5. Застрахованное лицо самостоятельно возмещает медицинской организации или ЗАСО «Белнефтестрах» стоимость оказанных услуг.**

– в размере, превышающем размер установленной договором страхования суммы по индивидуальной программе добровольного страхования,

- после установления диагноза по впервые выявленному в период действия договора страхования заболеванию (состоянию), которое не является страховым случаем;
- при выявлении фактов сокрытия от Специалиста ЗАСО «Белнефтестрах» ранее диагностированного заболевания, не относящегося к страховым случаям или случаев страхового мошенничества;
- при получении медицинских услуг, не предусмотренных индивидуальной программой страхования.

**Страховщик**

Директор филиала

ЗАСО «Белнефтестрах» в г. Солигорске

**Страхователь**

Директор

\_\_\_\_\_/В.И. Грицевич  
М.П.

\_\_\_\_\_/В.М. Курбыко  
М.П.