

Медицинская программа

1. Общие положения

1. В соответствии с настоящей Медицинской программой Страховщик организует и оплачивает оказание медицинской помощи (медицинских услуг и иных услуг) Застрахованному по поводу онкологического заболевания, диагностированного впервые в период действия страховой защиты (Секция № 2), при обязательном соблюдении следующих условий (в совокупности):
 - 1) лечение должно быть проведено в период действия страховой защиты (срок указан в Полисе);
 - 2) диагноз, требующий лечения, подтвержден онкологом на основании данных гистологического исследования¹;
 - 3) соответствующее заболевание не было диагностировано до даты начала действия страховой защиты;
 - 4) лечение является необходимым с медицинской точки зрения;
 - 5) лечение предоставлялось в соответствии с порядком оказания услуг, указанным настоящей Медицинской программой;
 - 6) расходы на получение медицинской помощи произведены на территории Российской Федерации.
2. Медицинские расходы, превышающие размер страховой суммы, оплачиваются Страхователем (Застрахованным) самостоятельно.
3. Организация всех предусмотренных настоящей Медицинской программой услуг осуществляется врачами-специалистами круглосуточного медицинского пульта по телефону 8-800-100-44-40 (представитель Страховщика).

2. Объем предоставляемых услуг

4. В соответствии с настоящей Медицинской программой предоставляются следующие медицинские и иные услуги²:
 - 1) консультация ведущего врача-онколога по данной нозологии, лабораторные и инструментальные исследования, необходимые для верификации диагноза и составления плана лечения;
 - 2) медицинские услуги в соответствии с согласованным планом лечения:
 - консультации лечащего врача-онколога, консультация ведущего врача-онколога по данной нозологии;
 - хирургическое и консервативное лечение, в том числе химио- и лучевая терапия;
 - лекарственные препараты и другие средства, необходимые для лечения в стационаре и в амбулаторно-поликлинических условиях;
 - пребывание в двух-, трехместных палатах при госпитализации в рамках Медицинской программы;
 - 3) сервисные услуги по организации медицинской помощи:
 - а) телефонный медицинский пульт 7 дней в неделю, 24 часа в сутки, услуги врача-куратора;
 - б) справочно-консультационная помощь по вопросам условий урегулирования страховых случаев по страховому продукту;
 - в) организация услуг для верификации диагноза в профильных медицинских организациях;
 - г) организация доступа к лучшим врачам по данной нозологии;
 - д) консультации по вопросам, связанным с диагностированным заболеванием, консультации по плану лечения;
 - е) консультации по выбору профильной медицинской организации;
 - ж) организация лечения и госпитализации в профильных федеральных медицинских организациях и иных профильных медицинских организациях;
 - з) сопровождение и курация на всех этапах лечения;
 - и) круглосуточная квалифицированная психологическая помощь и поддержка;
 - к) информирование (консультации) по необходимым (назначенным) лекарственным препаратам;
 - л) информационная поддержка по пройденному лечению.

¹ Исключение составляют случаи, когда для забора гистологического материала необходимо проведение операционного вмешательства.

² В случае диагностирования онкологического заболевания в течение периода ожидания, Застрахованному могут быть оказаны сервисные услуги по организации медицинской помощи без оплаты лечения (медицинские услуги оплачиваются за счет Застрахованного). Медицинские услуги преимущественно оказываются в федеральных медицинских центрах.

3. Условия и порядок предоставления услуг

5. Медицинские услуги организуются и оказываются преимущественно в федеральных профильных медицинских центрах Российской Федерации.
6. Для получения услуг в рамках Медицинской программы Застрахованный должен позвонить по телефону круглосуточного медицинского пульта Страховщика (его уполномоченного представителя – сервисной организации).
7. В случае диагностирования онкологического заболевания, указанного в полисе, Застрахованный обязан неукоснительно соблюдать рекомендации врача с целью уменьшения последствий заболевания.
8. Застрахованный обязан сообщить Страховщику (его уполномоченному представителю – сервисной организации) о поставленном диагнозе в письменном виде, в соответствии с установленной Страховщиком формой Уведомления о страховом случае (размещена на сайте www.kazakhinstrakh.kz), любым доступным способом, позволяющим зафиксировать факт сообщения (по факсу, по электронной почте, письмом и т.д.), после установления Застрахованному диагноза заболевания, указанного в Полисе.
9. Застрахованный обязан предоставить Страховщику (его уполномоченному представителю – сервисной организации) всю известную информацию о заболевании и все необходимые документы, подтверждающие установленный диагноз.
10. В случае необходимости, по направлению Страховщика (его уполномоченного представителя – сервисной организации), Застрахованный обязан пройти дополнительное медицинское обследование для верификации диагноза, а также составления и согласования плана лечения.
11. Для организации медицинских услуг в соответствии с настоящей Медицинской программой Застрахованный предоставляет Страховщику (его уполномоченному представителю – сервисной организации) следующие документы:
 - 1) Уведомление о страховом случае;
 - 2) копию страхового полиса (с приложениями к нему);
 - 3) оригинал документа, подтверждающего оплату страховой премии;
 - 4) документ, удостоверяющий личность Застрахованного;
 - 5) выписку из медицинской карты амбулаторного больного, содержащую информацию об имеющихся у Застрахованного до заключения договора страхования заболеваний за последние пять лет;
 - 6) выписку из онкологического диспансера (клиники);
 - 7) медицинский документ из лечебно-профилактического учреждения (выписка из медицинской карты амбулаторного (стационарного) больного (выписной эпикриз из истории болезни), заверенная печатью и подписью ответственного лица, с диагнозом, сроками лечения, результатами обследования, проведенным лечением);
 - 8) результаты проведенных лабораторных и инструментальных исследований;
 - 9) направление лечащего врача на лечение (при наличии);

При необходимости, Страховщик (его уполномоченный представитель – сервисная организация) вправе запросить, а Застрахованный обязан предоставить, любые дополнительные документы, относящиеся к страховому случаю.

12. В случае необходимости Страховщик (его уполномоченный представитель – сервисная организация) имеет право запрашивать сведения, связанные со страховым случаем, в медицинских учреждениях (других предприятиях, учреждениях и организациях) располагающих информацией об обстоятельствах страхового случая, а также вправе самостоятельно выяснять причины и обстоятельства страхового случая.
13. После получения Уведомления о страховом случае (о поставленном диагнозе) и полного пакета документов, указанного в настоящей главе, Страховщик (его уполномоченный представитель – сервисная организация) проводит анализ полученных документов и принимает решение о признании (непризнании) события страховым случаем.
14. При необходимости предоставления дополнительной информации для принятия решения Страховщик (его уполномоченный представитель – сервисная организация) в течение трех календарных дней со дня предоставления документов письменно информирует Застрахованного о необходимости предоставления дополнительных документов.

15. После верификации диагноза и согласования плана лечения Страховщик (его уполномоченный представитель – сервисная организация) осуществляет действия для дальнейшей организации лечения.
16. В случае если для забора гистологического материала необходимо оперативное вмешательство с целью удаления новообразования полностью, оно будет организовано в рамках программы до верификации диагноза.
17. При признании случая не страховым или при установлении диагноза заболевания, не указанного в Полисе, Страховщик (его уполномоченный представитель – сервисная организация) в течение трех календарных дней после получения всех необходимых для принятия решения документов письменно информирует Застрахованного об отказе в предоставлении медицинской помощи в рамках Медицинской программы.
18. При признании события страховым случаем выбор профильной медицинской организации на территории Российской Федерации для лечения и (или) госпитализации Застрахованного осуществляется Страховщиком (его уполномоченным представителем – сервисной организацией) исходя из медицинской целесообразности.