

к приказу от _____ № _____

ДОГОВОР
оказания медицинских услуг
по добровольному медицинскому страхованию

Г.

«__» _____ 20__ г.

Государственное учреждение здравоохранения «Хилокская центральная районная больница», свидетельство о государственной регистрации №_1027500829190 от 26.12.2002 года, имеющее государственную лицензию на медицинскую деятельность № 041-01124-75/00342916 от 06 сентября 2019 года, именуемое в дальнейшем «Организация», в лице главного врача _____, действующего на основании Устава, с одной стороны, и Страховая компания _____, имеющая государственную лицензию Министерства финансов РФ № _____ от _____ 20__ г. на право проведения страховой деятельности, именуемая в дальнейшем «Страховщик», в лице _____, действующего на основании _____, с другой стороны, заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

1.1. Учреждение предоставляет медицинские услуги Застрахованным по перечню в соответствии с Приложением № 1 к настоящему договору (являющимся неотъемлемой частью настоящего договора), а также в соответствии с лицензией № 041-01124-75/00342916 от 06 сентября 2019 с перечнем работ (услуг), составляющих медицинскую деятельность медицинской организации, а Страховщик оплачивает оказанные услуги в соответствии с условиями настоящего договора.

Застрахованный - лицо, чьи медицинские расходы подлежат оплате в соответствии с условиями договора добровольного медицинского страхования, заключенного между Страхователем и Страховщиком.

Страхователь – юридическое или физическое лицо, заключившее со Страховщиком договор добровольного медицинского страхования, по которому Страховщик принимает на себя обязательства обеспечивать организацию и оплату медицинских услуг, предоставленных Застрахованным.

1.2. Медицинские услуги предоставляются Застрахованным независимо от их места проживания (в том числе и лицам - гражданам других государств и лицам без гражданства) в рамках программы добровольного медицинского страхования (ДМС).

1.3. Место исполнения договора – *672300, Забайкальский край, г. Хилок, ул. Калинина 35*

2.ОБЯЗАТЕЛЬСТВА СТОРОН

2.1. Организация обязана:

2.1.1. Оказывать медицинские услуги Застрахованным в соответствии с прейскурантом цен (Приложение № 1 к настоящему договору) и условиям настоящего договора при предъявлении Застрахованным полиса ДМС, документа, удостоверяющего личность Застрахованного, и (или) на основании списка Застрахованных лиц, предоставленного Страховщиком, подписанного им и скрепленного его печатью.

При оказании медицинских услуг соблюдаются действующие на территории РФ порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи. При оказании медицинских услуг Исполнителем применяются порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи, информация о которых по требованию Страховщика и(или) Застрахованного предоставляется им в доступной форме. Медицинские услуги могут оказываться в полном объеме стандарта медицинской помощи либо в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств, в том числе в объеме, превышающем объем выполняемого стандарта медицинской помощи, по перечню в соответствии с Приложением № 1.

Информация о профессиональном образовании и квалификации специалистов, оказывающих медицинские услуги, доводится до сведения пациента Исполнителем. Специалист, оказывающий медицинские услуги, в доступной форме разъясняет Застрахованному информацию о методах оказания медицинской помощи, связанных с ними рисках, возможных видах медицинского вмешательства, их последствиях и ожидаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.2. Вести учет Застрахованных, получивших медицинские услуги, оформлять медицинскую документацию с указанием вида, объема, даты оказания, стоимости, услуг, оказанных по настоящему договору.

2.1.3. Предоставлять Застрахованным медицинские услуги на сумму, не превышающую размер страховой суммы, указанной в индивидуальной страховой медицинской карточке или страховом полисе.

2.1.4. Оказывать Застрахованным медицинские услуги на сумму, превышающую размер страховой суммы, только после письменного согласования со Страховщиком.

2.1.5. Назначить ответственное лицо по организации обследования (ФИО, должность, телефон, адрес электронной почты). Данному лицу

предоставляется также право подписи реестров оказанных медицинских услуг.

2.1.6. Выставлять Страховщику счет - фактуру за фактически оказанные медицинские услуги до ____ числа каждого месяца, следующего за отчетным, с приложением реестра оказанных медицинских услуг по установленной форме и акта сдачи-приемки оказанных услуг (по форме согласно приложения № 3 к настоящему договору).

2.1.7. Уведомлять в письменном виде Страховщика об изменении цен на медицинские услуги и сроке их изменений не менее чем за ____ недели до их введения.

2.1.8. При невозможности предоставления каких-либо медицинских услуг Застрахованному не привлекать другие медицинские учреждения для компенсации недостающих видов медицинской помощи, включенных в программу ДМС.

2.1.9. Отказывать Застрахованным в предоставлении медицинских услуг, оговоренных настоящим Договором, в случае получения соответствующего уведомления от Страховщика.

2.1.10. Обеспечивать официальному представителю Страховщика, в случае проведения им проверок, свободное ознакомление с документацией и деятельностью, связанной с исполнением настоящего Договора в пределах, установленных законодательством о персональных данных, а также нормами законодательства о неразглашении врачебной, личной, семейной и иной охраняемой законом тайны и информации пациента...

2.1.11. Компенсировать Страховщику расходы по возмещению ущерба здоровью Застрахованного, причиненного некачественным предоставлением медицинских услуг Организацией, выявленным в результате проверки на основе выставленной рекламации и прямого письменного признания обоснованности данной рекламации Организацией.

2.1.12. Осуществлять своевременное материально-техническое обеспечение своего Организации, необходимое для оказания лечебно-профилактической помощи застрахованным при их обращении в рамках программы ДМС.

2.1.13. В случае возникновения неотложных состояний у Застрахованного, Организация вправе осуществлять действия в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», в том числе принимать решение о медицинском вмешательстве в случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно.

2.1.14. Предоставить Застрахованному в доступной форме полную информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи.

2.1.15. Обеспечить соблюдение порядков оказания медицинской помощи, а так же стандартов медицинской помощи, в случае если медицинская помощь предоставлялась в объеме стандартов медицинской помощи.

2.1.16. Обеспечить соответствие оказываемой медицинской помощи критериям оценки качества медицинской помощи, утвержденным уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

2.2. Страховщик обязан:

2.2.1. Оплачивать медицинские услуги в порядке и на условиях, установленных настоящим договором.

2.2.2. Обеспечить Застрахованным выдачу страховых полисов ДМС и индивидуальных страховых медицинских карточек.

2.2.3. Обеспечить Организацию списком Застрахованных лиц и систематически уведомлять в письменном виде обо всех изменениях, в списочном составе Застрахованных при наличии таковых.

2.2.4. Информировать Застрахованных по вопросам порядка и условий получения медицинских услуг в Организации. Письменно ознакомить Застрахованных с их правами и обязанностями в рамках оказания услуг по настоящему договору в соответствии с Приложением № 2 к настоящему договору и направить в Организацию при направлении Застрахованного для получения медицинских услуг.

2.2.5. Совместно с Организацией выполнять действия, направленные на защиту прав Застрахованных по получению надлежащего качества медицинских услуг, в рамках программы ДМС

2.2.6. Официально в письменном виде информировать Организацию о нарушении им условий настоящего Договора.

2.2.7. Уведомлять Организацию о приостановлении (возобновлении) права Застрахованного на получение медицинских услуг в течение 1 (одного) рабочего дня с момента приостановления (возобновления) указанного права.

2.2.8. В течение ____ (____) календарных дней с момента получения документов, указанных в п. 2.1.6. настоящего договора, произвести приемку оказанных услуг и вернуть Учреждению подписанный Акт сдачи-приемки оказанных услуг, либо мотивированные возражения в отношении подписания акта. В случае неподписания акта в течение указанного в настоящем пункте срока, либо непредоставления мотивированных возражений относительно подписания акта услуги считаются принятыми Страховщиком и подлежат оплате в полном объеме.

2.2.9. Назначить ответственное лицо для предоставления медицинских услуг Застрахованным. Таким лицом является ФИО

должность _____, адрес электронной почты _____, телефон _____. В рамках указанного договора данное лицо имеет право подписи писем, направлений Застрахованным для оказания медицинских услуг, списков Застрахованных лиц, а также гарантийных писем, исходящих от Страховщика.

3. ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

3.1. Оплата медицинских услуг осуществляется Страховщиком в течение ____ (____) календарных дней со дня получения счета-фактуры, реестра медицинских услуг, акта сдачи-приемки оказанных услуг, выставленных за отчетный период, если сторонами не оговорено иное. Счет-фактура вручается Страховщику нарочным, либо направляется почтовым отправлением. Датой получения счета-фактуры считается дата, проставленная Страховщиком при получении счета-фактуры, а при направлении почтой – дата, проставленная на оттиске почтового штемпеля.

3.2. Датой оплаты медицинских услуг является дата поступления денежных средств на расчетный счет Организации.

3.3. Излишне перечисленные Страховщиком денежные средства в случае авансирования Организации засчитываются в счет предстоящих платежей или возвращаются Страховщику в течение ____ (____) банковских дней после получения Организацией соответствующего письма с просьбой о возврате от Страховщика.

3.4. В случае наличия претензий Страховщик в течение 5-ти дней направляет Организации акт о спорной сумме, который должен быть рассмотрен Организацией в течение 30 календарных дней со дня его получения. В случае подтверждения выявленной ошибки и прямого письменного признания Организацией, спорная сумма вычитается из суммы, подлежащей оплате.

3.5. При перечислении денежных средств Организации Страховщик в обязательном порядке указывает в платежном поручении в качестве основания для оплаты дату и номер выставленного счета, дату и номер заключенного договора, а также указывает период (календарный месяц, год) оказания услуг, оплачиваемый Страховщиком. В случае оплаты аванса Страховщиком в адрес Организации – обязательно указание о том, что перечисляемые денежные средства являются авансовым платежом.

4. КОНТРОЛЬ ОБЪЕМОВ И КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

4.1. Страховщик осуществляет контроль объемов и качества медицинских услуг путем экспертной оценки медицинской документации, достоверности формирования счетов. Страховщик, в период оказания Застрахованному медицинских услуг, может провести очную экспертизу качества и объемов медицинских услуг, т.е. не только по медицинским документам, но и с непосредственным осмотром Застрахованного. Страховщик обеспечивает контроль за соблюдением условий оказания медицинской помощи. Проверки осуществляются по инициативе Страховщика, либо по письменной жалобе Застрахованного. Результаты проверок письменно доводятся до сведения руководителя Организации.

4.2. В случае несогласия Организации с результатами экспертной проверки, эти факты рассматриваются комиссией состоящей из уполномоченных представителей Сторон. По согласованию Сторон для работы в комиссии может привлекаться независимый эксперт. Расходы по оплате работы независимого эксперта несет сторона, чьи выводы или утверждения относительно качества услуг или иных условий исполнения сторонами настоящего договора (относительно предмета спора) не будут подтверждены независимым экспертом.

4.3. В случае выявления недостатков в предоставлении застрахованным медицинских услуг, Страховщик в письменном виде направляет Организации соответствующую рекламацию, которая должна быть рассмотрена Организацией в течение ____ (_____) календарных дней со дня ее получения. В случае прямого письменного признания Организацией обоснованности данной рекламации Организации не оплачивается стоимость услуг, при оказании которых были допущены несоответствия порядкам и стандартам медицинской помощи.

5. УСЛОВИЯ И СРОКИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

5.1. Организация оказывает медицинские услуги в соответствии с утвержденным графиком работы и условиями, соответствующими установленным требованиям.

5.2. Медицинские услуги оказываются в сроки: с «___» _____ до «___» _____.

6. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ СТОРОН ЗА НЕВЫПОЛНЕНИЕ УСЛОВИЙ ДОГОВОРА

6.1. За просрочку платежей, предусмотренных настоящим Договором, Страховщик уплачивает Организации пени в размере 0,5% от суммы задолженности за каждый день просрочки. Уплата пени не освобождает Страховщика от перечисления текущих платежей. Помимо уплаты пени, Организация оставляет за собой приостанавливать оказание услуг застрахованным в случае, если просрочка в оплате превышает ____ (_____) календарных дней (в том числе и просрочка в перечислении авансовых платежей, если уплата таковых предусмотрена настоящим договором или иным соглашением сторон). Приостановление оказания услуг осуществляется Организацией без уведомления Страховщика.

6.2. Страховщик имеет право при прямом письменном согласии Организации не оплачивать медицинские услуги, оказанные на сумму, превышающую размер страховой суммы, если предоставление этих услуг не было согласовано со Страховщиком. О причинах такого отказа Страховщик обязан письменно уведомить Организацию и получить письменное подтверждение Организации.

6.3. Несвоевременное предоставление реестра к выставленному Страховщику счету-фактуре за оказанные медицинские услуги влечет за собой возможность задержки оплаты Страховщиком данного счета на срок задержки в предоставлении реестра.

6.4. Обоснованная жалоба Застрахованного на качество оказания медицинской услуги или недостатки при оказании медицинской помощи, подтвержденные заключением независимой медицинской экспертизы, влекут безвозмездное (за счет Организации) устранение недостатков оказанной услуги (повторно оказание услуги), либо возврат уплаченных денежных средств в полном объеме;

7. ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ОСВОБОЖДАЮЩИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ

7.1. Стороны освобождаются от ответственности за частичное или полное неисполнение обязательств по настоящему Договору, если это неисполнение явилось следствием обстоятельств непреодолимой силы, возникших после заключения настоящего Договора (пожар, наводнение, землетрясение и иные явления природы, а также военные действия, постановления правительства и государственных органов, аварийные ситуации в энергетическом, тепловом и водоснабжении, аварийного выхода из строя медицинского оборудования и другие обстоятельства, находящиеся вне разумного контроля сторон).

7.2. При наступлении указанных в п.7.1. обстоятельств, сторона, для которой наступили эти обстоятельства, должна без промедления известить о них другую сторону. Извещение должно содержать данные о характере обстоятельств, а также оценку их влияния на возможности исполнения сторонами своих обязательств по настоящему Договору.

7.3. В случае, если в результате действий третьих лиц, способных оказывать влияние на исполнение договора Организацией, настоящий договор не может быть ей исполнен, срок выполнения обязательств Организации отодвигается на срок, необходимый для решения возникших проблем.

8. УВЕДОМЛЕНИЯ И СООБЩЕНИЯ

8.1. Все уведомления и сообщения, направленные Сторонами в связи с исполнением настоящего Договора, должны быть сделаны в письменной форме.

9. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

9.1. Условия настоящего Договора могут быть изменены при наличии объективных причин по письменному соглашению сторон.

9.2. Каждая из сторон вправе расторгнуть настоящий Договор в одностороннем порядке при невыполнении другой стороной условий Договора, о чем сторона - инициатор расторжения письменно уведомляет

другую сторону не менее чем за ____ (_____) календарных дней до прекращения договорных отношений.

9.3. В случае окончания срока действия или расторжения настоящего Договора стороны производится окончательные взаиморасчеты не позднее ____ (_____) календарных дней после прекращения договорных отношений.

10. ПОРЯДОК РАЗРЕШЕНИЯ СПОРОВ

10.1. Все неурегулированные Сторонами споры в рамках выполнения настоящего Договора разрешаются путем переговоров и в претензионном порядке, установленном действующим законодательством Российской Федерации. В случае отсутствия согласия по спорным вопросам спор подлежит рассмотрению в суде в соответствии с действующим законодательством.

11. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

11.1 Настоящий Договор вступает в силу с «__» _____ 20__ г. и действует до «__» _____ 20__ г. При этом истечение срока действия настоящего Договора не влечет прекращение обязательств по Договору, неисполненных Сторонами к этому сроку, а также не освобождает Стороны от ответственности за нарушение настоящего Договора.

1.2. Если ни одна из сторон не заявит о прекращении настоящего Договора не менее чем за 30 календарных дней до окончания срока действия, его действие автоматически продлевается каждый раз на один календарный год.

11.3. Настоящий Договор составлен в трех экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, один экземпляр находится у Организации, второй и третий – у Страховщика. Страховщик обязуется обеспечить Застрахованных надлежащим образом заверенными копиями настоящего договора.

12. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ

12.1. Стороны берут на себя взаимные обязательства по соблюдению конфиденциальности по всем вопросам, касающимся исполнения настоящего договора (форма и содержание договора, полисов Страховщика, программ и тарифов Организации, заболевания Застрахованных и услуги, полученные ими). Ни одна из сторон не вправе передавать третьим лицам данную информацию.

12.1. Все изменения и дополнения к настоящему Договору действительны лишь в том, случае, если они оформлены в письменной форме и подписаны обеими Сторонами

12.2. Стороны обязуются не позднее, чем за 30 календарных дней извещать друг друга обо всех изменениях своих адресов и реквизитов.

Юридические адреса и реквизиты сторон:

ОРГАНИЗАЦИЯ:

*(указать наименование и фирменное
наименование (если имеется)
медицинской организации)*

Адрес места нахождения:

Лицензия на медицинскую
деятельность № _____ от
«___» _____ 20__ г. выдана
*(указать наименование, адрес места
нахождения и телефон выдавшего ее
лицензирующего органа)*

Главный врач

Руководитель

**Приложение № 1 к договору оказания медицинских услуг
по добровольному медицинскому страхованию**

Прейскурант цен на медицинские услуги

№ п/п	Наименование медицинской услуги	Стоимость
1		
2		
3		
4		

Организация:

СТРАХОВЩИК

Главный врач

Руководитель

_____/_____

_____/_____

Приложение № 2 к договору оказания медицинских услуг по добровольному медицинскому страхованию

Права и обязанности Застрахованного:

Застрахованный обязан:

1. Выполнить требования, от которых зависит качественное предоставление медицинской помощи (подготовка к медицинскому вмешательству в соответствии с требованиями и рекомендациями лечащего врача Организации). В случае выявления Организацией ненадлежащей подготовки к оказанию услуг или ее отсутствия по вине Застрахованного Организация вправе отказаться от оказания услуг в одностороннем порядке.
2. В ходе оказания услуг выполнять все медицинские указания, рекомендации и назначения лечащего врача, сообщать необходимые сведения, своевременно информировать лечащего врача об изменениях в состоянии здоровья (самочувствии);
3. Информировать лечащего врача до оказания медицинской услуги о перенесенных заболеваниях, известных ему аллергических реакциях, противопоказаниях для оказания услуг. В противном случае весь риск связанных с этим последствий несет Застрахованный.
4. Письменно подтвердить, что ознакомлен с информацией, касающейся особенностей предоставляемых(ой) медицинских(ой) услуг(и) и условиями их(её) предоставления, включая информацию о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи, то есть в соответствии с установленной формой подтвердить свое информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от медицинского вмешательства.
5. Соблюдать правила внутреннего распорядка и правила поведения пациента в медицинской организации, назначенный режим лечения.

Застрахованный имеет право:

1. На качественную и безопасную медицинскую помощь, а также соблюдение иных прав, предусмотренных действующим законодательством.
2. Отказаться от оказания услуг до момента начала их оказания.

Ответственность Застрахованного:

1. Застрахованный несет имущественную ответственность за причинение ущерба Организации в размере действительной стоимости поврежденного (утраченного) имущества, если такое повреждение (утрата) явилось

следствием действий Застрахованного. В этом случае Застрахованный также обязан возместить Организации возникшие вследствие этого убытки.

2. За нарушение санитарно-эпидемиологического режима Организации, повлекшее за собой причинение ущерба Организации, Застрахованный обязан возместить причиненные убытки.

Застрахованный

Ознакомлен

ФИО _____

дата _____

телефон пациента _____

Адрес места жительства _____

Подпись _____

Организация:

СТРАХОВЩИК

Главный врач

Руководитель

_____/_____

_____/_____

**Приложение № 3 к договору оказания медицинских услуг
по добровольному медицинскому страхованию**

**Акт сдачи-приемки
оказанных медицинских услуг
(образец)**

Медицинская организация _____, в
лице Главного врача _____, действующего на
основании Устава, с одной стороны, и Страховая компания
_____, в лице _____,
действующего на основании _____, с другой стороны, составили
настоящий акт о нижеследующем:

1. Организация оказала, а Страховщик принял медицинские услуги
согласно реестра оказанных медицинских услуг от «__»__20__ г.
за отчетный период с «__»__20__ по «__»__20__ на
общую сумму _____ (_____) рублей __ коп.
2. Услуги оказаны в согласованные сторонами сроки.
3. Настоящий Акт составлен в двух экземплярах, имеющих
одинаковую юридическую силу, по одному для каждой из Сторон

Организация:

СТРАХОВЩИК

Главный врач

Руководитель

_____/_____
М.П.

_____/_____
М.П.