



www.arhofoms.ru
8(8182) 28-58-62
телефон
«горячей линии»
8 (800) 100-11-29

ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

ПУТЕВОДИТЕЛЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ВАЖНО ЗНАТЬ КАЖДОМУ!



ЗАЧЕМ НАМ ПОЛИС ОМС?

Полис ОМС – документ, который подтверждает право на получение бесплатной медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) на всей территории Российской Федерации по программам ОМС:

- **на территории Архангельской области – в объеме** территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области (ознакомиться можно на www.arhofoms.ru);

- **на территории других субъектов Российской Федерации – в объеме** базовой программы обязательного медицинского страхования (составной части Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации, подробнее на www.ffoms.ru)

Полис ОМС действует на всей территории Российской Федерации и гарантирует, что медицинская помощь, оказанная Вам по программам ОМС, будет оплачена:

- **на территории Архангельской области** – страховой медицинской организацией, выдавшей полис ОМС;

- **за пределами Архангельской области** – территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

ОТПРАВЛЯЯСЬ В ПОЕЗДКУ, ОБЯЗАТЕЛЬНО БЕРИТЕ С СОБОЙ ПОЛИС ОМС!

• При обращении за медицинской помощью застрахованные граждане **обязаны предъявлять полис ОМС.**

• **Полис ОМС** содержит информацию о страховой медицинской организации, в которой Вы застрахованы и которая защищает Ваши права при получении бесплатной медицинской помощи по ОМС, телефон «горячей линии», по которому страховой представитель окажет Вам помощь и информационное сопровождение при получении бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством.

• Любой отказ в оказании медицинской помощи по причине предъявления полиса, выданного в другом городе или в другом субъекте Российской Федерации (вне территории обращения за медицинской помощью), неправомерен!

ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ...

- ▶ Вам предлагают оплатить медицинскую помощь, гарантированную по полису ОМС;
- ▶ в поликлинике нет необходимого Вам врача-специалиста;
- ▶ не можете попасть на прием к узкому специалисту более двух недель;
- ▶ предлагают ожидать медицинскую помощь сверх сроков, установленных территориальной программой ОМС;
- ▶ не выдают направления на диагностические и лабораторные исследования;
- ▶ Вы лечитесь в дневном стационаре или в стационаре, а Вам предлагают покупать лекарства, расходные материалы, изделия медицинского назначения за свой счет;
- ▶ Вам нагрубили в регистратуре, отделении, – сразу же обращайтесь в свою страховую компанию или на горячую линию территориального фонда ОМС того субъекта Российской Федерации, в котором находитесь!



Подробная информация о Вашей страховой компании указана на полисе ОМС.

Информация о территориальных фондах ОМС всех субъектов Российской Федерации размещена на www.ffoms.ru

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

СИСТЕМА ОМС ▾ ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН ▾ НОВОСТИ ▾ ДОКУМЕНТЫ ▾ 🔍

ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН

ВЕРСИЯ ДЛЯ СЛАБОВИДЯЩИХ

Права застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основываясь на главном принципе обязательного медицинского страхования, основанном на ответственности государства.

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ
ВОПРОС И ОТВЕТ
ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ
И Т. СЕВАСТОПОЛЬ

КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПО ПОЛИСУ ОМС БЕСПЛАТНО

Виды, условия и формы оказания медицинской помощи, а также сроки их предоставления определены **территориальной программой государственных гарантий**, ежегодно утверждаемой Правительством Архангельской области. С территориальной программой государственных гарантий можно ознакомиться на сайте территориального фонда ОМС Архангельской области www.arhofoms.ru.

По полису ОМС бесплатно оказывается медицинская помощь при следующих заболеваниях и состояниях:

- инфекционные и паразитарные болезни (за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита);
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных органов;
- отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм;
- болезни глаза и его придаточного аппарата;
- болезни уха и сосцевидного отростка;
- болезни системы кровообращения;
- болезни органов дыхания;
- болезни органов пищеварения;
- болезни мочеполовой системы;
- болезни кожи и подкожной клетчатки;
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани;
- травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин;
- врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения;
- беременности, роды, послеродовый период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗЫВАЮТСЯ:

► если медицинские услуги не предусмотрены территориальной программой государственных гарантий;

► медицинские услуги **по просьбе гражданина в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств**, которые не входят в стандарты оказания медицинской помощи при том или ином заболевании, **а также без медицинских показаний и вне очереди;**

► в случае установления индивидуального поста наблюдения **по желанию пациента;**

► при получении медицинских услуг **анонимно** (без предъявления полиса ОМС);

► при самостоятельном обращении за медицинской помощью **без медицинских показаний и направления лечащего врача** (например, ЭКГ, УЗИ, КТ, МРТ, лабораторные исследования и т.п.), за исключением случаев оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

► иностранным гражданам, **не имеющим полиса ОМС.**

Платно медицинские услуги предоставляются:

- в хозрасчетных подразделениях и кабинетах, специалистами в свободное от основной работы время;

- в условиях повышенной комфортности.



Предоставляется:

- бесплатно;

- преимущественно по территориально-участковому принципу (то есть, по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения в определенных организациях и (или) их подразделениях);

- в поликлинике;
- в стоматологической поликлинике;
- в женской консультации.

Поликлинику можно **выбрать (заменить)** по месту фактического проживания или по месту работы (учебы) **один раз в год** или чаще в случае изменения места жительства.

Для этого **необходимо обратиться** в выбранную поликлинику с заявлением о прикреплении на имя главного врача.

Руководитель (либо уполномоченное должностное лицо) медицинской организации, принявший заявление, должен проинформировать Вас в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии Вас на медицинское обслуживание.

В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОБЛЕМ в поликлинике **необходимо обратиться к администрации поликлиники или позвонить в свою страховую компанию (название страховой компании и телефон указаны на полисе ОМС)**

Медицинская помощь в поликлинике ВКЛЮЧАЕТ:

- ▶ прием участковых врачей, в том числе посещения на дому;
- ▶ диспансеризацию и профилактику;
- ▶ диспансерное наблюдение в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

ПО НАПРАВЛЕНИЮ лечащего врача:

- ▶ консультации врачей-специалистов;
- ▶ диагностические и лабораторные исследования;
- ▶ лечение в дневном стационаре.

В направлении лечащий врач должен указать, где и в какие сроки Вы можете их пройти!



Лабораторные, диагностические и инструментальные исследования проводятся пациенту **ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА** (в необходимых случаях – **врачебным консилиумом, врачебной комиссией**) в соответствии с требованиями, установленными порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи.

Срочность проведения лабораторных, диагностических и инструментальных исследований **определяется лечащим врачом с учетом медицинских показаний.**



ПРЕДЕЛЬНЫЕ СРОКИ ОЖИДАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

Не более двух часов:

- срок ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме **с момента обращения пациента в медицинскую организацию.**

Не более 24 часов:

- срок ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами **с момента обращения пациента в медицинскую организацию.**

До 14 календарных дней:

- сроки проведения плановых консультаций врачей-специалистов **со дня обращения пациента в медицинскую организацию;**
- сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи **со дня назначения лечащим врачом.**

До 30 календарных дней:

- сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии, ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме **со дня назначения лечащим врачом.**



Если пациенту необходима экстренная медицинская помощь, ее обязаны оказать незамедлительно, вне очереди!

Если медицинская организация **не может предоставить Вам медицинскую помощь в установленные территориальной программой ОМС сроки**, лечащий врач обязан проинформировать Вас и направить в другую медицинскую организацию, из перечня организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (с учетом схем маршрутизации, определенных министерством здравоохранения Архангельской области),

в которых медицинская помощь будет оказана в установленные сроки.

Если Вы **согласны на ожидание медицинской помощи сверх сроков**, установленных территориальной программой ОМС, то такое согласие оформляется письменно с отметкой в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

ПЕРЕЧЕНЬ ВСЕХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Архангельской области, на www.arhofoms.ru

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ – КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ

Целый ряд опасных заболеваний на ранней стадии протекает бессимптомно. Своевременно диагностировав, многие из этих заболеваний можно вылечить.

ЭТО ПОЗВОЛЯЕТ СДЕЛАТЬ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Диспансеризация включает индивидуальную программу обследований для гражданина в зависимости от возраста

- ✓ **осмотр терапевта;**
- ✓ **исследования:** анализы крови и мочи, электрокардиографию, флюорографию, маммографию;
- ✓ **по результатам обследования терапевт проводит** краткое профилактическое консультирование, а если необходимо назначает углубленное обследование.

По медицинским показаниям дополнительно проводятся:

- ✓ **осмотры:** офтальмолога, невролога, оториноларинголога, акушера-гинеколога, уролога, хирурга;
- ✓ **исследования:** УЗИ сосудов, брюшной полости и малого таза, эндоскопия желудка, кишечника и др.

Все обследования по программе диспансеризации проводятся бесплатно по полису ОМС!

Диспансеризация проводится один раз в три года

В 2017 году диспансеризацию могут пройти граждане:

1999, 1996, 1993, 1990, 1987, 1984, 1981, 1978, 1975, 1972, 1969, 1966, 1963, 1960, 1957, 1954, 1951, 1948, 1945, 1942, 1939, 1936, 1933, 1930, 1927, 1924, 1921 годов рождения.

Где можно пройти диспансеризацию?

В поликлинике, к которой Вы прикреплены.

Для этого необходимо обратиться в регистратуру, кабинеты и (или) отделения медицинской профилактики или к участковому врачу.

**ПРИ СЕБЕ НЕОБХОДИМО ИМЕТЬ ПАСПОРТ И ПОЛИС ОМС!
НЕ УПУСТИТЕ ВОЗМОЖНОСТЬ! ПРОЙДИТЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИЮ!**

Экстренная госпитализация



Осуществляется бригадой скорой медицинской помощи или при самостоятельном обращении пациента по экстренным показаниям (при состояниях, угрожающих жизни). При госпитализации пациента в стационар бригадой скорой медицинской помощи **выбор пациентом медицинской организации** для получения специализированной медицинской помощи **в неотложной и экстренной форме НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**.

Обзор пациента в больнице и лечебные мероприятия при состоянии здоровья, требующем оказания экстренной медицинской помощи, должны проводиться **немедленно!**

Плановая госпитализация

✓ осуществляется по направлению лечащего врача поликлиники или врача-специалиста независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности медицинской организации в срок **не более 30 календарных дней**¹ со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки) с регистрацией в листе ожидания;

✓ для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме **выбор медицинской организации** осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан **проинформировать** Вас о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой;

✓ время пребывания на приемном покое при госпитализации **не должно превышать одного часа**.

¹ Возможны исключения

Что предоставляется пациенту в условиях стационара по полису ОМС?

- ✓ возможность выбора лечащего врача (с учетом согласия врача);
- ✓ размещение в палатах на два места и более, за исключением размещения в маломестных палатах (боксах) пациентов по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям;
- ✓ бесплатное размещение в маломестных палатах (боксах) не более двух мест при наличии медицинских и (или) эпидемиологических показаний, установленных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, с соблюдением санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, утвержденных Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации;
- ✓ одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю бесплатно предоставляется спальное место и питание при совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;
- ✓ бесплатное лечебное питание;
- ✓ бесплатное обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, ежегодно утверждаемый Правительством Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;
- ✓ бесплатное обеспечение медицинскими изделиями, имплантируемыми в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в соответствии с перечнем, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 года N 2762-р.

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В СФЕРЕ ОМС

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ИМЕЮТ ПРАВО НА:

- 1) **оказание медицинской помощи** бесплатно на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой ОМС, а на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС;
- 2) **выбор страховой медицинской организации** путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС. Для ребенка до достижения им совершеннолетия выбор осуществляется его родителями или законным представителем;
- 3) **замену страховой медицинской организации**, в которой ранее был застрахован гражданин, один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября либо

чаще, в случае изменения места жительства или прекращения действия договора о финансовом обеспечении ОМС, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) **выбор медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях**, из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и участвующих в реализации территориальной программы ОМС, один раз в год (**чаще, чем 1 раз в год – при смене места жительства**);

5) **выбор медицинской организации для лечения в стационарных условиях** из перечня **организаций**, работающих в ОМС и принимающих пациентов соответствующего профиля. Информацию о медицинских организациях для лечения в стационарных условиях Вам обязан предоставить врач, направляющий на госпитализацию, и Ваша страховая медицинская организация;

6) **выбор врача**, с учетом его согласия, путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;

7) **получение** от территориального фонда ОМС, страховой медицинской организации и медицинских организаций **достоверной информации о видах, качестве и условиях** предоставления медицинской помощи;

8) **защиту персональных данных** (сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при обследовании и лечении);

9) **возмещение** медицинской организацией **ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;

10) **обследование, лечение и содержание в условиях**, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

11) **информированное добровольное согласие (отказ)** на медицинское вмешательство;

12) **получение информации о своих правах** и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии Вашего здоровья;

13) **обращение с жалобой** к руководителю или иному должностному лицу медицинской организации, в которой Вам оказывается медицинская помощь, страховую медицинскую организацию, в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации, либо в суд в случаях нарушения Ваши прав;

14) **защиту прав и законных интересов** в сфере ОМС.

ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ОБЯЗАНЫ:

1) **предъявить полис ОМС** при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) **уведомить** страховую медицинскую организацию **об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства** в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

3) **осуществить выбор** страховой медицинской организации по новому месту жительства **в течение одного месяца** в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин;

4) **в случае утраты полиса ОМС** обратиться в страховую медицинскую организацию, в которой Вы были застрахованы, **с заявлением о выдаче дубликата полиса ОМС**.

СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ – ОПЕРАТОРЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАНА:

► выдать гражданину страховой медицинский полис ОМС;

► оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованному лицу в медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС;

► информировать Вас о правах на получение бесплатных медицинских услуг, перечне медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по территориальной программе ОМС, порядке организации приема застрахованных лиц, правах пациента;

► осуществлять информирование и сопровождение при организации оказания медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий;

► обеспечивать защиту Ваших прав и законных интересов в сфере ОМС, в том числе в судебном порядке;

► контролировать объем, сроки, качество и условия предоставления Вам медицинской помощи;

► осуществлять прием заявлений, жалоб и обращений от застрахованных лиц, в том числе, о нарушении прав при получении медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, и принимать по ним решения в соответствии с законодательством в сфере ОМС;

► изучать мнение застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи.

СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ – ВАШ АДВОКАТ В СФЕРЕ ОМС

Страховые медицинские организации созданы для защиты интересов застрахованных по ОМС лиц, содействия в организации оказания необходимой Вам медицинской помощи.

В страховых медицинских организациях работают опытные специалисты, которые проконсультируют Вас о правах и возможностях в сфере ОМС, проинформируют о сроках и объеме медицинской помощи, на которые Вы вправе рассчитывать по законодательству в сфере ОМС в каждом конкретном случае, разъяснят, какими технологиями для оказания Вам медицинской помощи, располагают медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС Архангельской области.

ЗАПОМНИТЕ!

Если в медицинской организации Вам предлагают при оказании медицинской помощи по полису ОМС:

- ✓ оплатить лечение, обследование, консультацию врача – специалиста;
- ✓ приобрести за свой счет лекарственные препараты при лечении в стационаре или дневном стационаре;
- ✓ приобрести за свой счет медицинские изделия, имплантируемые в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

если у вас возникли претензии к качеству лечения,



НЕОБХОДИМО СРАЗУ ЖЕ ПОВЗОНИТЬ НА ГОРЯЧИЮ ЛИНИЮ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ГДЕ ВЫ ПОЛУЧИЛИ ПОЛИС ОМС, И ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ!

Страховую медицинскую организацию, в которой Вы застрахованы, можно заменить один раз в год до 1 ноября (чаще – при смене места жительства), для этого необходимо выбрать другую страховую компанию и обратиться в один из ее пунктов выдачи полисов ОМС.

При выборе страховой медицинской организации рекомендуем учесть:

- ✓ рейтинг страховых медицинских организаций *на сайте Федерального фонда ОМС www.ffoms.ru;*
- ✓ отзывы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», отзывы в СМИ, рекомендации знакомых, друзей, удовлетворенность от личного общения с работниками страховой медицинской организации.

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАНА:

- ▶ Оказывать застрахованным гражданам медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС;
- ▶ Предоставлять застрахованным гражданам полную, своевременную и достоверную информацию о видах, условиях и формах предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- ▶ Заполнять при оказании медицинской помощи информированное добровольное согласие (либо отказ) гражданина на медицинское вмешательство;
- ▶ Проводить разбор жалоб и обращений граждан по поводу оказания и условий предоставления медицинской помощи, а также обращений, связанных с вопросами этики и деонтологии.

СОВЕТЫ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ:

1. При возникновении конфликтной ситуации в поликлинике, дневном стационаре или стационаре **обращайтесь** за помощью к заведующему отделением или к заместителю руководителя медицинской организации по медицинской части.
2. Если Ваши права нарушены, **обращайтесь в страховую медицинскую организацию.** Заявление, поданное в письменном виде, повышает возможности страховой медицинской организации по защите Ваших прав.
3. Если в медицинской организации Вам **предлагают заплатить за обследование или лечение**, назначенное лечащим врачом, **позвоните в свою страховую медицинскую организацию (телефон указан на полисе ОМС) или на горячую линию территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области** и выясните, входит ли данная услуга в территориальную программу ОМС или она может быть оказана только на платной основе.
4. Если при обращении за медицинской помощью Вам приходится **оплачивать оказанную медицинскую помощь, обязательно оформляйте договор**, сохраняйте чеки и обращайтесь в страховую медицинскую организацию за разъяснением обоснованности Ваших затрат.

ПОЛЕЗНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



Территориальный фонд обязательного
медицинского страхования Архангельской области
163000, г. Архангельск, пр. Ч.-Лучинского д. 39, корп. 1
(8182) 28-58-62; 20-03-40; 20-89-72
8 (800) 100-11-29
Официальный сайт www.arhofoms.ru



Министерство здравоохранения
Архангельской области
163004, г. Архангельск, просп.Троицкий, д.49
(8182) 45-45-00
Официальный сайт www.minzdrav29.ru



Территориальный орган
Федеральной службы по надзору в сфере
здравоохранения по Архангельской области
и Ненецкому автономному округу
163002, г. Архангельск, пр. Новгородский, д. 32
(8182) 46-22-27



Архангельский филиал
АО «Страховая компания «СОГАЗ - Мед»
163069, г. Архангельск,
ул. Набережная Северной Двины, д. 112, корп. 3
(8182) 42-10-50, 42-10-51;
8-800-100-07-02
Официальный сайт www.sogaz-med.ru



Филиал ООО «РГС-Медицина» –
«Росгосстрах-Архангельск-Медицина»
163000, г. Архангельск, пл. Ленина, д.4, оф. 2008
(8182) 20-79-49
8-800-100-81-02
Официальный сайт www.rgs-oms.ru

МЫ РАБОТАЕМ С ВАМИ, МЫ РАБОТАЕМ ДЛЯ ВАС!