РОСГОССТРАХ

ПОРЯДОК ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ ПО ПРОГРАММЕ «РГС ЗАЩИТА ОТ КЛЕЩА» ПАМЯТКА

ПАО СК «РОСГОССТРАХ» рада сообщить, что Вы являетесь застрахованным по программе РГС «ЗАЩИТА ОТ КЛЕЩА»

По всем вопросам, связанным с организацией и предоставлением медицинской помощи, застрахованное лицо (законный представитель застрахованного лица) обращается к специалистам федерального медицинского Контакт-Центра по телефонам:
8 (800) 200-51-11
0530 (бесплатно с любых мобильных номеров)

Амбулаторно-поликлиническая помощь

При необходимости получения амбулаторно-поликлинической помощи застрахованное лицо (законный представитель за застрахованное лицо) **в течение 72 часов с момента укуса (присасывания), наползания клеща** обращается:

- к специалистам федерального медицинского Контакт-Центра по вышеуказанным телефонам, и строго следует указаниям специалиста федерального медицинского Контакт-Центра, который определит медицинскую организацию, в которой ему окажут необходимую медицинскую помощь;
- в медицинскую организацию из числа указанных на сайте www.rgs.ru или в Вашей памятке.

При обращении **в медицинскую организацию** застрахованное лицо должно предъявить страховой полис и документ, удостоверяющий личность.

Медицинские услуги оказываются в режиме работы медицинской организации.

Страховщик может возместить расходы застрахованного лица, затраченные на оплату полученных медицинских услуг, включая оплату стоимости иммуноглобулина, если получение данных услуг было согласовано Страховщиком.

Для получения согласования застрахованному лицу необходимо обратиться к специалистам федерального медицинского Контакт-Центра. При отсутствии согласования – расходы возмещены не будут.

Для решения вопроса о возмещении (при наличии согласования Страховщика) застрахованному лицу необходимо предоставить в ближайший филиал ПАО СК «РОСГОССТРАХ»:

– заключение или справку из медицинской организации, подтверждающие факт обращения застрахованного лица по факту укуса (присасывания) или наползания клеща и оказания ему медицинских услуг;
– кассовый чек с приложением печати (штампа) медицинской организации, подтверждающий факт оплаты медицинских услуг;
– кассовый чек с указанием в нем стоимости иммуноглобулина с приложением печати (штампа) аптечной организации подтверждающий факт оплаты;
– номер лицевого счета застрахованного лица, для перечисления денежных средств;
– страховой полис;
– документ, удостоверяющий личность.

Стационарная помощь

– При необходимости госпитализации застрахованное лицо (его близкие, лечащий врач) обращается к специалистам федерального медицинского Контакт-Центра.
– Госпитализация осуществляется в стационарное лечебное учреждение в отделение по профилю заболевания.
– В каждом конкретном случае Страховщик определяет медицинскую организацию руководствуясь характером клинической проблемы и возможностями конкретного лечебного учреждения.

Реабилитационно-восстановительное лечение

При необходимости получения реабилитационно-восстановительного лечения, застрахованное лицо обращается к специалистам федерального медицинского Контакт-Центра.

Организация реабилитационно-восстановительного лечения осуществляется в течение 20 рабочих дней после согласования условий ее предоставления.

Лечение проводится в медицинской организации соответствующего профиля выбранной по согласованию сторон из перечня медицинских организаций, с которыми у Страховщика есть договорные отношения.

Обязательным условием направления застрахованного лица для оказания ему реабилитационно-восстановительного лечения, является наличие у него:

- медицинской справки из медицинской организации с рекомендацией реабилитационно-восстановительного лечения;
- документа, удостоверяющего личность (паспорт гражданина РФ, свидетельство о рождении для ребенка).

На основании указанных выше документов оформляется направление на реабилитационно-восстановительное лечение.

Если медицинская организация, в которой застрахованное лицо проходит реабилитационно-восстановительное лечение, не имеет возможности по каким-либо причинам самостоятельно оказывать предусмотренные настоящей Программой медицинские услуги, Страховщик не организует и не оплачивает такие услуги в другой медицинской организации.