

Путеводитель по ОМС от РОСНО-МС

Ваши права
и обязанности в системе
здравоохранения РФ



РОСНО

медицинское страхование

Запишите свои данные, чтобы они всегда были под рукой:

Номер полиса ОМС:

СНИЛС (страховое свидетельство
обязательного пенсионного страхования):

Номер амбулаторной карты:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Знайте свои права
и получайте
качественную
медицинскую помощь!

Полис обязательного медицинского страхования дает право на:

- получение бесплатной медицинской помощи:
 - на всей территории РФ в объеме, установленном базовой программой ОМС;
 - на территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС;
- выбор страховой медицинской организации;
- замену страховой медицинской организации один раз в течение календарного года не позднее 1 ноября, либо чаще, в случае:
 - изменения места жительства и отсутствия по новому месту жительства страховой компании, в которой Вы застрахованы;
 - прекращения деятельности страховой компании на территории Вашего проживания;
- выбор медицинской организации из участвующих в реализации территориальной программы ОМС;

- выбор врача;
- получение от территориального фонда ОМС, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и условиях предоставления медицинской помощи;
- защиту персональных данных, необходимых для ведения персонифицированного учета в сфере обязательного медицинского страхования;
- возмещение медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации и оказанию медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ;
- защиту прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования.

Помните, что экстренная медицинская помощь обеспечивается программой государственных гарантий и предоставляется всем гражданам на территории РФ бесплатно, независимо от того, есть ли у Вас:

- полис ОМС;
- регистрация;
- гражданство РФ.

Получить качественную медицинскую помощь бесплатно – возможно!

Для этого необходимо:

- иметь при себе и предъявлять при обращении в медицинские организации полис ОМС вместе с документом, удостоверяющим личность (паспорт), который подтверждает, что полис ОМС принадлежит именно Вам;
- уведомить страховую медицинскую организацию об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;
- 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 Вы были ранее застрахованы;
- ознакомиться с перечнем медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в системе ОМС. Эту информацию Вы всегда можете найти на сайте www.rosno-ms.ru,

а также по телефону Единого контактного центра РОСНО-МС 8 800 100 800 5 (Круглосуточно. Звонок по России бесплатный);

- заблаговременно позаботиться о прикреплении себя и своего ребенка к выбранной Вами медицинской организации, написав заявление на имя главного врача этой организации;
- при направлении Вашего лечащего врача на консультацию, обследование, или госпитализацию в другую медицинскую организацию, иметь при себе направление от направляющей организации с указанием диагноза и указанием откуда и куда направляется пациент;
- обратиться в РОСНО-МС, если у Вас появились вопросы или сомнения в правомерности действий сотрудников медицинских организаций.

РОСНО-МС защитит Ваши права и законные интересы при получении медицинской помощи в системе ОМС

Обращайтесь к нам, если:

- Вам отказали в предоставлении бесплатных медицинских услуг;
- Вы все же оплатили услуги, которые должны предоставляться бесплатно (сохраните при этом все документы, подтверждающие оплату);
- Вам отказано в доступе к медицинской документации, в которой содержатся сведения о состоянии Вашего здоровья, либо в выдаче копий этих документов;
- Вам отказали (попросили купить самостоятельно) при лечении в стационаре в бесплатном обеспечении лекарственными средствами, которые предоставляются согласно перечня ЖНВЛС или (при их отсутствии) не предложили бесплатных аналогов, заменяющих их;
- Вам предложили заключить договор на оказание платных услуг, оплатить расходные материалы, изделия медицинского назначения и подписать отказ от предо-

ставления бесплатной медицинской помощи, предусмотренной программой государственных гарантий;

- Вы не получаете медицинскую помощь надлежащего качества, к Вам невнимательно относятся в медицинском учреждении;
- Вы полагаете, что Вам оказывают услуги в неполном объеме или необоснованно отказывают в госпитализации.

По Вашему обращению, на основании всех представленных вами документов, компания РОСНО-МС:

- проведет детальное рассмотрение вашего случая;
- при необходимости назначит экспертизу качества медицинской помощи;
- окажет Вам содействие в организации качественной бесплатной медицинской помощи в рамках программы обязательного медицинского страхования.

Будьте всегда на связи с РОСНО-МС. В Вашем распоряжении:

– сайт: www.rosno-ms.ru
– e-mail: rosno-ms@rosno.ru
– телефон: 8 800 100 800 5 (Круглосуточно. Звонок по России бесплатный)

Вы считаете, что ваши права нарушены? Заполните и направьте обращение в РОСНО-МС по одной из представленных форм, приложите все имеющиеся у Вас документы по Вашему случаю (или их копии)

- иные сведения, документы и материалы либо их копии, имеющие отношение к существу обращения;
- личную подпись и дату.

Если Вы являетесь представителем застрахованного лица – приложите также заверенную доверенность на представление интересов застрахованного лица перед третьими лицами.

Жалоба оформляется от имени застрахованного лица или его представителя.

В жалобе необходимо указать:

- наименование Компании (ОАО «РОСНО-МС»);
- свои персональные данные – фамилию, имя, отчество (последнее – при наличии);
- контактные данные – телефон, адрес электронной почты (при наличии), почтовый адрес;
- суть (обстоятельства, в хронологическом порядке факты, касающиеся вашего случая), изложить все принятые меры;

О НЕКАЧЕСТВЕННОМ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Директору _____
(наименование филиала ОАО «РОСНО-МС»)

_____ (ФИО)

от _____

_____ (ФИО полностью)

Паспортные данные*: серия _____ № _____,
выдан _____ 20__ г.

Адрес места регистрации*: _____

Почтовый адрес для направления ответа: _____

Контактный телефон _____

Электронная почта: _____

Реквизиты временного свидетельства
или полиса ОМС: _____

ЖАЛОБА

_____. _____. 20__ г. я обратилась/ся в _____

_____ (наименование медицинской организации и ее подразделения)

по поводу _____

к _____

_____ (ФИО, должность медицинского работника)

которым был поставлен диагноз _____

_____ (наименование диагноза)

и назначено лечение:

В результате проведенного лечения: _____

С данной просьбой я обращалась/ся ранее в _____

(наименование медицинской организации или другой инстанции, в том числе судебной)
_____.20 г. письменно/устно (нужное подчеркнуть) в адрес _____

Результат обращения – _____

(кратко изложить суть)

Приложения:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

« _____ » _____ 20 ____ г.*

(подпись)

(ФИО застрахованного)

О ВЗИМАНИИ ДЕНЕЖНЫХ СРЕДСТВ ЗА МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Директору _____
(наименование филиала ОАО «РОСНО-МС»)

(ФИО)

от _____

(ФИО полностью)

Паспортные данные*: серия ____ № _____,
выдан _____ 20 ____ г.

Адрес места регистрации*: _____

Почтовый адрес для направления ответа: _____

Контактный телефон _____

Электронная почта: _____

Реквизиты временного свидетельства
или полиса ОМС: _____

ЖАЛОБА

_____.20 г. я обратилась/ся в _____

(наименование медицинской организации и ее подразделения)

по поводу _____

к _____

(ФИО, должность медицинского работника)

Я не был/а информирован/а медицинским работником о том, что данная медицинская услуга должна предоставляться бесплатно в рамках территориальной программы ОМС. Мне было отказано в предоставлении _____

(указать виды медицинской помощи: лабораторные исследования, диагностические обследования, лечебные процедуры и манипуляции, операции, лекарственные средства, предметы медицинского назначения и т.д.)

в связи с _____

(указать причину отказа)

Предоставление данной медицинской услуги мне было предложено в рамках добровольного медицинского страхования или в виде оказания платной медицинской услуги (нужное подчеркнуть).

Мною были оплачены следующие виды медицинской помощи:

1 – _____.20 г. _____

2 – _____.20 г. _____

3 – _____.20 г. _____

Юридический адрес ОАО «РОСНО-МС»:
г. Москва, Озерковская наб., д. 30, тел.: 8 800 100 800 5
Лицензия ФССН С № 2890 77