

УСЛУГИ, НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПРОГРАММОЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

1. УСЛУГИ, НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ КЛИНИКОЙ

Сеть клиник «Семейная» является амбулаторно-поликлиническим учреждением и оказывает Клиенту только медицинские услуги в строгом соответствии с действующей лицензией.

Сеть клиник «Семейная» не предоставляет услуги, являющиеся по своему характеру экспериментальными или исследовательскими.

Сеть клиник «Семейная» не выдает Клиентам рецепты, позволяющие приобретать лекарственные препараты на льготных условиях.

Сеть клиник «Семейная» не оказывает услуги неотложной медицинской помощи.

2. УСЛУГИ, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ ЛИЦЕНЗИЕЙ КЛИНИКИ, НО НЕ ВКЛЮЧЕННЫЕ В ПРОГРАММУ (если в Программе явно не указано иное):

- 2.1. Услуги, не предписанные врачом Клиники и не предусмотренные Программой медицинского обслуживания;
- 2.2. Иммунологические, аллергологические, гормональные исследования, серологическая диагностика.

3. УСЛУГИ, ПРЕДУСМОТРЕННЫЕ ПРОГРАММОЙ, НЕ МОГУТ ПРЕДОСТАВЛЯТЬСЯ КЛИЕНТУ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

3.1 Лицо, которое, согласно заключению МСЭК, является ребенком-инвалидом, а также дети с 4-й и 5-й группами здоровья.

3.2 Лицо, состояние здоровья которого предопределяет неизбежность вынесения соответствующего заключения МСЭК, указанного в п.3. 1. настоящего Приложения.

3.3 Лицо любого возраста, у которого имеются (или выявлены):

- заболевания, вызванные ВИЧ – инфекцией;
- гепатиты В, С;
- врожденные иммунодефицитные состояния;
- особо опасные инфекционные болезни, в том числе: чума, холера, оспа, желтая и другие высококонтагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
- лучевая болезнь;
- психические расстройства и расстройства поведения, алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- туберкулез.

3.4 Ребёнок первого года со следующими заболеваниями (состояниями):

- глубоко недоношенный (вес при рождении менее 1500 г., срок гестации - менее 32 недель беременности);
- тяжелая асфиксия в родах;
- гемолитическая болезнь новорожденного, желтушная форма, тяжелое течение (позднее заменное переливание крови или без заменного переливания крови);
- сепсис, тяжелое течение;

- внутриутробные инфекции генерализованные формы;
- гидроцефалия (врожденная и приобретенная), микроцефалия;
- спинномозговая грыжа;
- внутрижелудочковые и субарахноидальные кровоизлияния с последующим менингоэнцефалитом;
- диабетическая фетопатия;
- тяжелая родовая травма.

4. УСЛУГИ, НЕ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫЕ ПОЛИКЛИНИКОЙ И ПРОГРАММОЙ МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ДЛЯ ЛИЦ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ:

- врожденные и наследственные заболевания, врожденные аномалии развития органов;
- системные поражения соединительной ткани и хронические тяжелые заболевания, сопровождающиеся почечной и печеночной недостаточностью и требующие проведения хронического гемодиализа;
- злокачественные новообразования;
- тяжелая форма гематологических заболеваний, в том числе - гемобласты, цитопении, наследственные гемопатии;
- эндокринные заболевания, сопровождающиеся выраженной недостаточностью функций внутренних желез, в том числе - сахарный диабет;
- туберкулез;
- заболевания и состояния, требующие наблюдения и лечения в условиях специализированных профильных ЛПУ;
- системное поражение скелета, пороки развития опорно-двигательного аппарата, детский церебральный паралич при невозможности самостоятельно передвигаться;
- ХОБЛ, тяжелое течение;
- эпилепсия, психические расстройства и расстройства поведения, в том числе алкоголизм, наркомания, токсикомания;
- заболевания, сопровождающиеся хронической почечной и печеночной недостаточностью, требующей проведения экстракорпоральных методов лечения.

5. В ПРОГРАММУ ОБСЛУЖИВАНИЯ НЕ ВХОДИТ ОКАЗАНИЕ СЛЕДУЮЩИХ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ:

5.1. консультации, диагностические исследования и прочие услуги, связанные с беременностью и ее осложнениями – прерывание беременности, дородовое наблюдение, родовспоможение, послеродовые заболевания и осложнения;

5.2. услуги по планированию семьи, диагностика и лечение бесплодия (мужского и женского), импотенции; генетические исследования;

5.3. стоматологическая помощь, устранение ортодонтических нарушений у детей;

5.4. методы экстракорпорального воздействия на кровь (гемодиализ, внутривенная лазеротерапия и пр.). Озонотерапия. Гипербарическая оксигенация;

5.5. удаление кондилом; диагностика, лечение и пр. манипуляции по поводу заболеваний волос (аллопеция и пр.), таких заболеваний кожи как мозоли, бородавки, папилломы, контагиозные моллюски, невусы, устранение косметических дефектов (в том числе, в целях улучшения психологического состояния застрахованного);

5.6. склеротерапия вен, коррекция веса, гидрocolонотерапия, УВТ, водолечение, грязелечение;

5.7. хирургическая коррекция зрения, курсовые процедуры в офтальмологии, отоларингологии, урологии и гинекологии;

5.8. методы народной медицины, используемые с целью диагностики (акупунктурная, аурикуло-, термopунктурная, электропунктурная, пульсовая, иридо-,

мануальная, энергоинформатика и пр.), лечения (цигун-терапия, управление дыханием, музыкотерапия и пр.);

5.9. услуги диетолога, генетика, фониатра;

5.10. рентгеноконтрастные методы, КТ, МРТ, посткоитальный тест, спермограмма, антиспермальные АТ, АТ к резус-фактору, АТ к ВИЧ, сифилису, выявление вирусов гепатита В, С, дельта;

5.11. вакцинация БЦЖ;

5.12. все виды хирургических вмешательств, в том числе бужирование носослезного канала, разделение синехий крайней плоти и малых половых губ;

5.13. услуги, не имеющие медицинских показаний и не назначенные врачом.

ПРИМЕЧАНИЕ:

Заключение о том, что у Клиента (потенциального Клиента) установлено одно или несколько заболеваний (состояний), указанных в настоящем Приложении, выносится консилиумом врачей – специалистов Клиники и утверждается главным врачом Клиники. Такое заключение предопределяет либо невозможность обслуживания Клиента по Программе, либо необходимость обслуживания его на индивидуальных условиях. В частности, данное положение действует при отсутствии соответствующего заключения МСЭК о Клиенте.

Обслуживание по Программе может быть приостановлено Клиникой в день, когда у Клиента будет выявлено заболевание (состояние), указанное в настоящем Приложении согласно п. 3.контракта.

Генеральный директор _____
Подпись

Заказчик: _____
Подпись

«.....»года