## Порядок организации медицинской помощи застрахованным лицам

В случае расстройства здоровья застрахованное лицо (его представитель) обязано до обращения в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю в устной форме уведомить о случившемся страховщика по телефонам, указанным в договоре страхования (страховом полисе) или в именной карточке, либо любым другим доступным способом, а также сообщить следующую информацию:

* фамилию и имя застрахованного лица;
* номер договора страхования (страхового полиса), период его действия, выбранную программу страхования;
* причину обращения в медицинскую организацию, к индивидуальному предпринимателю;
* какого рода помощь необходима;
* адрес и номер телефона, по которым с ним можно связаться;
* иную информацию, запрашиваемую страховщиком.

Специалист контакт-центра, учитывая пожелания застрахованного лица, уведомляет его о дате, времени и месте оказания медицинской услуги после согласования визита с организацией здравоохранения.

При посещении организации здравоохранения застрахованному лицу необходимо иметь при себе именную карточку и документ, удостоверяющий личность.

Для решения вопроса о страховой выплате по расходам, оплаченным страхователем (застрахованным лицом либо его законным представителем) самостоятельно, страхователь (застрахованное лицо либо его законный представитель) должен в течение 30 рабочих дней после оплаты представить следующие документы:

* заявление о страховом случае (Приложение 6 к настоящим Правилам);
* документ (его копию), подтверждающий факт обращения за медицинской помощью и содержащий дату обращения, сроки оказания медицинских услуг, диагноз заболевания, перечень оказанных медицинских услуг;
* оригинал документов, подтверждающих факт оплаты оказанных медицинских услуг;
* рецепты или копии рецептов на приобретение медицинских препаратов (если приобретались лекарственные средства);
* копию документа, удостоверяющего личность застрахованного лица.

Застрахованное лицо может лично предоставить данный пакет документов по адресу: **г. Минск, ул. Кальварийская, 40, каб. 355** или направить по почте по адресу: **220073, г. Минск, ул. Кальварийская, 40** (в случае, если полис был выписан филиалом «Белэксимгарант-Минск») либо по адресу филиала, которым был выписан полис.

По вопросам, касающимся возмещения медицинских расходов, Вы можете обратиться по телефону в г. Минске: +375 (17) 399-08-23.