

Права застрахованных лиц

В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные лица имеют право на:

1. Бесплатное получение медицинской помощи при наступлении страхового случая на территории субъекта РФ, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС, и на всей территории России в объеме, установленном базовой программой ОМС.
2. Выбор страховой медицинской организации путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС.
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 обязательного медицинского страхования в порядке, установленном правилами ОМС.
4. Выбор медицинской организации из медицинских организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС в соответствии с законодательством РФ.
5. Выбор врача путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации в соответствии с законодательством РФ.
6. Получение от территориального фонда, страховой медицинской организации и медицинских организаций достоверной информации о видах, качестве и об условиях предоставления медицинской помощи.
7. Защиту персональных данных, необходимых для ведения персонализированного учета в сфере ОМС.
8. Возмещение страховой медицинской организацией ущерба, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением ею обязанностей по организации предоставления медицинской помощи, в соответствии с законодательством РФ.
9. 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.

Порядок обжалования решений, действий или бездействий работников страховой медицинской организации

Застрахованные лица имеют право на обжалование действий или бездействий и решений, осуществляемых страховой медицинской организацией в ходе предоставления услуг по выдаче полисов ОМС, в досудебном порядке, а также в суде.

Обращения за защитой нарушенных прав и законных интересов в суды общей юрисдикции осуществляются застрахованными лицами в порядке, установленном законодательством о гражданском судопроизводстве.

Обращения в досудебном порядке по обжалованию решений, действий или бездействий работников страховой медицинской организации при предоставлении услуг по выдаче полисов ОМС, а также по результатам рассмотрения обращения застрахованного лица в СМО, осуществляются путем обращения в территориальный фонд обязательного медицинского страхования Омской области.

Застрахованные лица имеют право обратиться с жалобой лично или направить письменное обращение, жалобу (претензию). Письменные обращения могут направляться на почтовые или электронные адреса филиалов и центрального офиса страховых медицинских организаций, информация о которых размещается на Интернет-сайте и информационном стендах страховых медицинских организаций.

По результатам рассмотрения обращения (жалобы, претензии) должностное лицо принимает решение об удовлетворении требований заявителя и о признании неправомерным обжалованного решения, действия (бездействия) либо об отказе в удовлетворении жалобы.

Вам всегда помогут

Позвонив по телефону **53-47-09**, Вы получите ответы на вопросы, касающиеся обеспечения страховыми медицинскими полисами обязательного страхования.

Позвонив по телефону **53-47-39**, Вы получите ответы на вопросы, касающиеся: прав пациентов при получении медицинской помощи, некачественного оказания медицинских услуг в лечебных учреждениях, отказа в предоставлении бесплатной медицинской помощи, обязанности страховых медицинских организаций по защите прав застрахованных в системе обязательного медицинского страхования.

Звоните, обращайтесь, и специалисты территориального фонда обязательного медицинского страхования Омской области дадут Вам квалифицированную

Контакт-центр
территориального фонда:
обязательного медицинского
страхования Омской области

8-800-200-11-95

(круглосуточно)

звонок по России бесплатный

Информируем граждан об их правах в сфере обязательного медицинского страхования (обеспечение полисами обязательного медицинского страхования, выбор медицинской и страховой медицинской организации, получение медицинской помощи по программе обязательного медицинского страхования).

Организуем «обратную связь» с населением для получения информации, касающейся вопросов обязательного медицинского страхования.

Обеспечиваем объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение обращений граждан, а также пресечение нарушений законодательства в сфере обязательного медицинского страхования.

Кроме того, вы можете задать любые вопросы, относящиеся к сфере обязательного медицинского страхования.

Адрес официального сайта:
<http://www.omsofmsk.ru/>

МЕДИЦИНСКОГО
страхования
Омской области

www.omsofmsk.ru/



О полисе обязательного медицинского страхования

Полисы обязательного медицинского страхования, выданные лицам, застрахованным по обязательному медицинскому страхованию до 1 января 2011 года, являются действующими до замены их на полисы обязательного медицинского страхования единого образца в соответствии с Федеральным законом от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации». Сроки замены полисов ОМС «старого» образца на полисы ОМС единого образца законодательством Российской Федерации не ограничены.

Полис ОМС является документом, удостоверяющим право застрахованного лица на получение бесплатной медицинской помощи на всей территории Российской Федерации в объеме, предусмотренном базовой программой ОМС.

Полис ОМС содержит информацию о застрахованном гражданине и выбранной им страховой компании (адрес, телефон).

Полис ОМС действует на всей территории России, любой отказ в медицинской помощи по причине предъявления полиса, выданного вне территории обращения за медицинской помощью, неправомерен.

Защиту прав застрахованных граждан при обращении за медицинской помощью на территории страхования осуществляет выбранная страховая медицинская организация, при выезде за пределы территории страхования — служба защиты прав застрахованных Территориального фонда ОМС региона прибытия.

В случае утраты полиса застрахованный гражданин обязан подать письменное заявление в страховую медицинскую организацию, которая обязана обеспечить застрахованного гражданина дубликатом страхового полиса бесплатно. Утраченный полис считается недействительным, о чем страховая медицинская организация сообщает заинтересованным медицинским учреждениям и ТФОМС.

В случае изменения фамилии, имени, отчества, места рождения, места жительства, даты рождения необходимо уведомить страховую медицинскую организацию об этом в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли. В случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин, необходимо осуществить выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца.

Виды гарантированной бесплатной медицинской помощи

В соответствии со статьей 35 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования оказываются первичная медико-санитарная помощь, включая профилактическую помощь, скорая медицинская помощь (за исключением специализированной (санитарно-авиационной скорой медицинской помощи), специализированная медицинская помощь в следующих случаях:

- инфекционные и паразитарные болезни, за исключением заболеваний, передаваемых половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита;
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни кровяных 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;
- беременность, роды, послеродовой период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период.

Обязанности застрахованных

В соответствии со статьей 16 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» застрахованные обязаны:

1. Предъявлять полис ОМС при обращении за медицинской помощью (за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи).
2. Выбирать страховую медицинскую организацию (лично или через своего представителя) путем подачи заявления о выборе в страховую медицинскую организацию в соответствии с правилами ОМС.
3. Уведомлять выбранную страховую медицинскую организацию об изменении своих персональных данных (фамилии, имени, отчества, места жительства) в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли.
4. Осуществлять выбор страховой медицинской организации по новому месту жительства в течение одного месяца в случае отсутствия на новом месте жительства страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин.

В соответствии со статьей 27 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» граждане обязаны:

1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.
2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.
3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях.

