

**Программа медицинского обслуживания «Оптима от 0 до 1 года»
(Амбулаторно-поликлиническое обслуживание и помощь врачей-специалистов на дому)**

г. Москва

«_____» _____ г

Акционерное Общество «Детская поликлиника Литфонда», именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице _____, действующего на основании доверенности № _____ от _____, и _____, именуемый в дальнейшем «Заказчик», действующий в интересах несовершеннолетнего _____, _____ года рождения, именуемый в дальнейшем «Пациент», заключили настоящее Соглашение о нижеследующем:

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Исполнитель предоставляет Заказчику (Пациенту) комплексное медицинское обслуживание по Программе «ОПТИМА от 0 до 1 года», условия которой изложены в настоящем документе (далее – Программа).

1.2. Заказчик может пользоваться преимуществами Программы (в том числе скидками) если воспользуется медицинскими услугами, предусмотренными Программой, в комплексе (за исключением медицинских услуг, которые прямо указаны в Программе, как медицинские услуги от которых Заказчик вправе отказаться без аннулирования Программы, либо медицинских услуг, которые уже были оказаны Пациенту (ранее проведена вакцинация, или анализы получены в другом месте и т.п. В случае, если Заказчику была оказана только часть услуг из Программы, а от остальных услуг Программы Заказчик отказывается или уклоняется, то скидка **аннулируется** (не предоставляется), а услуги считаются оказанными в обычном порядке по обычным ценам Прейскуранта без предусмотренных Программой скидок.

В связи с этим сумма возврата денежных средств за не оказанные Заказчику услуги по Программе рассчитывается следующим образом: [сумма уплаченных Заказчиком в рамках Программы денежных средств] минус [стоимость фактически оказанных медицинских услуг, рассчитанная по Прейскуранту, действующему на дату оказания услуг, **без скидок**].

1.3. Срок действия Программы составляет 12 месяцев с момента ее подписания.

1.4. Оказание медицинских услуг в Поликлинике осуществляется по следующему графику: с понедельника по воскресенье с 8-00 до 20-00, график работы в не рабочие праздничные дни определяется ежемесячно.

1.5. Медицинская помощь на дому по Программе оказывается Заказчику (Пациенту) в следующих пределах:
- СВАО, САО, ЦАО, СЗАО, ЗАО г. Москвы, только в пределах МКАД.

Оказание медицинской помощи на дому за пределами вышеперечисленных границ возможно по письменному соглашению сторон.

1.6. Вызовы врача на дом принимаются по телефонам 8 (495) 150-60-03, 8 (905) 728-19-01 с понедельника по воскресенье с 8-00 до 16-00.

Врач - педиатр связывается с Заказчиком и согласовывает время первого визита.

1.7. Помощь на дому осуществляется по адресу, сообщенному при оформлении вызова.

1.8. Выезды врача-педиатра осуществляются с понедельника по воскресенье, в течение дня, в часы работы клиники. График работы клиники в нерабочие и праздничные дни определяется ежемесячно. Врачи - специалисты, массажисты, медицинские сестры осуществляют выезды ежедневно с 8-00 до 10-00 и с 14-00 до 16-00, кроме воскресенья.

1.9. Плановые мероприятия, соответствующие возрасту 1, 3 и 12 месяцев входят в программу обслуживания, если в момент прикрепления возраст пациента составляет 1, 3 или 12 месяцев плюс 15 календарных дней. Указанные плановые мероприятия могут быть отменены по согласованию с родителями, если они уже проводились ранее (вакцинации, анализы и пр.)

1.10. В программу также входит услуга «подготовка и направление на плановую госпитализацию в больничные учреждения» (не более 1 раза за время действия программы), за исключением следующих лабораторных исследований: коагулограмма, определение группы крови и резус-фактора, скрининговое исследование на ВИЧ, сифилис. Транспортировка пациента в стационар и госпитализация осуществляется по полису ОМС

1.11. Выполнение программы также подразумевает выдачу листов нетрудоспособности по уходу за больным пациентом, медицинских справок по выздоровлению осуществляется в поликлинике.

II. МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ

2.1. Плановая медицинская помощь включает в себя оказание следующих медицинских услуг Пациенту, по следующему графику¹:

Возраст	Врач-специалист	Медицинские услуги ²	График	Порядок оказания медицинской помощи ³										
На первом месяце	Педиатр	выезд врача на дом; осмотр пациента; сбор анамнеза; консультация врача-специалиста; письменное заключение врача-специалиста	1 раз в 10 дней (всего 3 раза)	на дому										
1 месяц	Педиатр		выезд врача на дом; осмотр пациента; сбор анамнеза; консультация врача-специалиста; письменное заключение врача-специалиста	1 раз в месяц	в поликлинике									
	Невролог													
	Хирург													
	Стоматолог													
2 месяца	Педиатр					выезд врача на дом; осмотр пациента; сбор анамнеза; консультация врача-специалиста; письменное заключение врача-специалиста	1 раз в месяц	в поликлинике						
	Окулист													
3 месяца	Педиатр								выезд врача на дом; осмотр пациента; сбор анамнеза; консультация врача-специалиста; письменное заключение врача-специалиста	1 раз в месяц	в поликлинике			
	Невролог													
	Травматолог-ортопед													
4 месяца	Врач педиатр											выезд врача на дом; осмотр пациента; сбор анамнеза; консультация врача-специалиста; письменное заключение врача-специалиста	1 раз в месяц	в поликлинике
5 месяцев	Врач педиатр													
6 месяцев	Врач педиатр													
7 месяцев	Врач педиатр													
8 месяцев	Врач педиатр													
9 месяцев	Врач педиатр													
10 месяцев	Врач педиатр													
11 месяцев	Врач педиатр													
12 месяцев	Врач педиатр	выезд врача на дом; осмотр пациента; сбор анамнеза; консультация врача-специалиста; письменное заключение врача-специалиста	1 раз в месяц	в поликлинике										
	Невролог													
	Хирург													
	Травматолог-ортопед													
	ЛОР - врач													
	Офтальмолог													
Стоматолог														

2.2. Проведение плановых мероприятий на дому согласовывается с заказчиком не позднее, чем за день до оказания соответствующей услуги. Заказчик должен своевременно (не позднее 9.30 часов дня оказания услуг на дому) известить поликлинику об изменении обстоятельств и невозможности посещения пациента на дому медицинским персоналом в ранее согласованное время

2.3. Предусмотренные программой графики планового осмотра узкими специалистами, проведение вакцинации и лабораторных исследований могут быть изменены по медицинским показаниям (заменены на индивидуальный график).

2.4. Врачи-специалисты и/или средний медицинский персонал могут оказывать медицинскую помощь, не входящую в программу, при наличии возможности, за наличный расчет согласно прейскуранту, действовавшего на дату оказания медицинской услуги.

2.5. Внеплановая медицинская помощь оказывается сверх плановой по медицинским показаниям и/или по назначению лечащего врача и включает в себя оказание следующие медицинские услуги:

Оказываемые медицинские услуги	Врач	Количество приемов	Порядок оказания медицинской помощи
контроль показателей физического развития, рекомендации по рациональному питанию, физическому и психомоторному развитию, обучение родителей навыкам массажа, разработка индивидуальной медицинской программы и плана наблюдения с указанным ниже графиком патронажа.	Врач педиатр	без ограничений	на дому до 1 мес. после в поликлинике
Осмотр в случае острого заболевания	Врач-педиатр	без ограничений	в поликлинике

¹ Дата и время проведения планового осмотра заранее согласовывается с Заказчиком с учетом режима работы поликлиники, для чего врач связывается с Заказчиком либо согласование даты и времени может быть проведено по инициативе Заказчика. Срок проведения планового осмотра может быть перенесен по медицинским показаниям с обязательным информированием Заказчика о причинах переноса и планируемом сроке осмотра.

² Дополнительные манипуляции производятся в строгом соответствии с программой.

³ При необходимости применения аппаратных методов диагностики и другого поликлинического оборудования, плановые осмотры врачами-специалистами проводятся в условиях поликлиники

	Врач-педиатр	не более 8 раз за время действия программы	на дому
Осмотр в случае острого заболевания	ЛОР-врач	без ограничений	в поликлинике
Проведение малых хирургических операций (вскрытие фурункула, абсцесса, удаление доброкачественных образований (атерома, фиброма), разделение синехий половых губ)	Хирург дерматолог	не более 2-х раз за время действия программы	в поликлинике
Проведение ЛОР-санации очагов инфекции (промывание носа методом перемещения, промывание лакун миндалин, продувание ушей по Политцеру, массаж барабанных перепонок)	ЛОР-врач	не более 2-х раз за время действия программы.	в поликлинике
консультация и осмотр	Хирург	без ограничений	в поликлинике
	Травматолог-ортопед		
	Невролог		
	Аллерголог-иммунолог		
	Гастроэнтеролог		
	Гинеколог		
	Дерматолог		
	Инфекционист		
	Кардиолог		
	Нефролог		
	ЛОР - врач		
	Окулист		
	Травматолог-ортопед		
	Уролог		
Физиотерапевт			
Хирург			
Эндокринолог			
Физиотерапия	Медсестра ФТ	10 сеансов	
массаж	Массажист	10 сеансов	

III. ВАКЦИНАЦИЯ

3.1. Вакцинация пациента, включая осмотры врача-педиатра перед вакцинацией, проводится в объёме и в сроки, регламентированные национальным календарём профилактических прививок, всеми сертифицированными вакцинами, включая вакцины импортного производства, по медицинским показаниям и назначению врача-педиатра, в поликлинике.

Введение вакцин вне национального календаря прививок осуществляется по медицинским показаниям, по назначению врача-педиатра, за наличный расчёт, со скидкой 5% на стоимость вакцины

3.2. Проведение прививок (Вакцинопрофилактика) согласно графику плановой вакцинации⁴

Возраст	Вакцина	Порядок проведения
1 месяц	2 вакцинация против вирусного гепатита В	в поликлинике
2 месяца	1 вакцинация против пневмококковой инфекции	
3 месяца	1 вакцинация против: - коклюша, дифтерии, столбняка - полиомиелита инаktivированной вакциной - гемофильной инфекции	
4,5 месяца	2 вакцинация против: - коклюша, дифтерии, столбняка - полиомиелита инаktivированной вакциной - гемофильной инфекции - пневмококковой инфекции	
6 месяцев	3 вакцинация против - коклюша, дифтерии, столбняка- полиомиелита живой вакциной - гемофильной инфекции вакциной - 3 вакцинация против вирусного гепатита В	
12 месяцев	- реакция Манту - вакцинация против кори, краснухи, эпидемического паротита	
Дети с 6 месяцев в эпидемический сезон (осенью) 1 раз в год	- вакцинация против гриппа	

⁴ При наличии медицинских противопоказаний вакцинация проводится по индивидуальному календарю прививок. Индивидуальный график вакцинации ограничивается сроками действия договора.

3.3. Предусмотренные программой графики планового осмотра узкими специалистами, проведение вакцинации и лабораторных исследований могут быть изменены по медицинским показаниям (заменены на индивидуальный график).

IV. ИССЛЕДОВАНИЯ

4.1. Плановые исследования согласно графику:

Возраст	Анализы	Количество исследований	Порядок оказания медицинской помощи ⁵
2 месяца	Общий анализ крови, общий анализ мочи	1 раз	Лабораторные исследования проводятся в поликлинике
1-3 месяца	УЗИ брюшной полости	1 исследование	в поликлинике
	УЗИ почек		
	УЗИ тазобедренных суставов		
	Нейросонография		
	ЭХО-КГ		
10-12 месяцев	проведение отоакустической эмиссии (по показаниям)		
	ЭКГ		
12 месяцев	Общий анализ крови, общий анализ мочи.	1 раз	Лабораторные исследования проводятся в поликлинике

4.2. Проведение плановых мероприятий на дому согласовывается с заказчиком не позднее, чем за день до оказания соответствующей услуги. Заказчик должен своевременно (не позднее 9.30 часов дня оказания услуг на дому) известить поликлинику об изменении обстоятельств и невозможности посещения пациента на дому медицинским персоналом в ранее согласованное время.

4.3. Предусмотренные программой графики планового осмотра узкими специалистами, проведение вакцинации и лабораторных исследований могут быть изменены по медицинским показаниям (заменены на индивидуальный график).

4.4. Внеплановые исследования по медицинским показаниям и/или по назначению лечащего врача включают в себя оказание следующих медицинских услуг Пациенту:

Наименование исследования	Количество исследований	Порядок выполнения исследований
Клинический анализ крови, мочи, кала	12 раз за время действия программы перед вакцинацией (по усмотрению врача-педиатра)	в поликлинике
Микробиологические исследования (посев кала, мочи, крови, мазки из носа и зева)	5 исследований за время действия программы	
сывороточные иммуноглобулины (А, М, G, E общий)	1 раз за время действия программы	
АТ к тиреоидной пероксидазе	5 аллергенов за время действия программы	
Специфические аллергены		
обнаружение ротавируса в кале	1 раз за время действия программы	
обнаружение аденовируса в кале		
вирус простого герпеса 1 типа		
цитомегаловирус		
вирус Эпштейн-Барра		
коклюш		
корь		
краснуха		
паротит		
К наиболее часто встречаемым простейшим лямблиям		
К наиболее часто встречаемым простейшим токсоплазме		
комплексу гельминтозов (описторхоз, эхинококкоз, токсокариоз, трихинеллез)		

⁵ Забор крови, мазков на анализ производится в поликлинике или на дому. Кал и моча на анализ доставляются родителями пациента в поликлинику самостоятельно пн-вс до 19.45.

К аскаридам		в поликлинике
хламидия		
микоплазма пневмонии	2 раза за время действия программы	
К возбудителю кандидоза (антитела к грибам рода кандиды)	1 раз за время действия программы	
ПЦР-диагностика	2 раза за время действия программы	
Биохимические исследования крови, мочи или кала	2 раза за время действия программы	
Микроскопические исследования: отделяемое мочеполовых органов, в том числе гинекологические мазки, отделяемое уха, носа, глаз, ногтей, волос	5 исследований за время действия программы	
ИФА-диагностика гепатитов	3 параметра за время действия программы	
Гормоны – только гормоны щитовидной железы	3 параметра за время действия программы	
Рентгенологические исследования	2 исследования за время действия программы	
Ультразвуковые исследования	2 исследования каждого вида за время действия программы,	
НСГ	по назначению врача-невролога.	
ЭКГ	без ограничений	

У. ЧТО НЕ ВХОДИТ В ПРОГРАММУ

5.1. Настоящей программой не предусмотрено предоставление медицинской помощи, не предписанной лечащим врачом, обследование по требованию заказчика, наблюдение и лечение пациента в случае отказа от госпитализации, а также в случае травмы или ее последствиях, иммунопрофилактика по эпидемическим показаниям пациентам, выезжающим за рубеж.

5.2. В рамках программы не оказываются следующие виды медицинской помощи: все виды аппаратного лечения заболевания глаз; зондирование слезных путей; все виды косметических услуг: удаление бородавок, гемангиом, невусов, контактных моллюсков; проведение МРТ; проведение МСКТ, проведение гастродуоденоскопии; эндоскопия носоглотки; дуплексное сканирование сосудов; аудиометрия; лечение с использованием радиохирургического метода на аппарате «Сургитрон»; обследование и оформление любых справок, кроме справок в ДДУ и школу; выдача справок по состоянию здоровья на дому; оформление посильного листа на МСЭ; косметология; стоматология (за исключением профилактического осмотра врача стоматолога 1 раз за время действия программы); определение онкомаркеров; гистологические лабораторные исследования; гормональные лабораторные исследования (кроме гормонов щитовидной железы); определение антител, необходимых для диагностики аутоиммунных заболеваний; коагулограмма, определение группы крови, резус-фактора, скиринговое исследование на ВИЧ, сифилис; подбор корректирующих медицинских устройств и приспособлений (подбор очков, контактных линз, слуховых устройств и т.п.); в/м, в/в, подкожные инъекции (введение лекарственных веществ); вакцинация БЦЖ; тимпанометрия. импедансометрия,

У. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

6.1. Отказ от осмотра Пациента и/или оказания медицинской помощи на дому, а также отказ в допуске медицинского персонала для оказания медицинской помощи при условии прибытия врачей-специалистов и/или среднего медицинского персонала согласно ранее согласованной даты и/или времени оплачивается Заказчиком дополнительно согласно действующему прейскуранту АО «ДП Литфонда».

6.2. Срок действия направлений на консультации к врачам-специалистам, лабораторные и функциональные, инструментальные исследования – 1 месяц.

Исполнитель
(Ф.И.О.) _____
действующий на основании доверенности № _____
от _____

Заказчик
ФИО _____
Паспорт (серия, номер, дата и место выдачи) _____

Адрес проживания _____

Телефон _____
Адрес электронной почты _____

(подпись)

(подпись)