



ИНТЕГРАМЕД

Россия 107023 Москва, Мажоров переулок, д.7-7а, стр.8
тел.(495) 964 11 83 факс: (495) 730 95 80 mail: clinic@integrated.info
www.integrated.info

ДОГОВОР на предоставление медицинской помощи по добровольному медицинскому страхованию граждан № _____

г. Москва

« ____ » _____ 20 ____ года

Общество с ограниченной ответственностью «ИнтеграМед», Лицензия № ЛО-77-01-002208 со сроком действия с «26» января 2010 г. по «26» января 2015 г., именуемое в дальнейшем «Исполнитель», в лице Генерального директора **Кулешова Андрея Владимировича**, действующего на основании Устава, с одной стороны, и **Открытое страховое акционерное общество «Страховая компания»**, Лицензия ФССН серии _____, № _____, от « ____ » _____ 20 ____ г., именуемое в дальнейшем «Заказчик», в лице _____, действующей на основании _____, с другой стороны, именуемые далее совместно и каждый в отдельности «Стороны», заключили настоящий Договор о нижеследующем:

1. ПРЕДМЕТ ДОГОВОРА

- 1.1. Заказчик поручает, а Исполнитель принимает на себя обязательства оказывать медицинскую помощь гражданам, застрахованным у Заказчика (далее – «Застрахованные»).
- 1.2. Основанием предоставления Застрахованному медицинской помощи является наличие у Застрахованного действующей медицинской страховой карточки (полиса) Заказчика и включение его в списки, предоставляемые Заказчиком Исполнителю, наличие гарантийного письма.
- 1.3. Заказчик оплачивает Исполнителю стоимость оказанной Застрахованному медицинской помощи в объеме, определенном Программой медицинского

страхования и Условиями предоставления медицинских услуг (Приложение № 1), на основании Прейскуранта цен на медицинские услуги (Приложение №2), утвержденного Исполнителем, согласованного Заказчиком и являющихся неотъемлемыми частями настоящего Договора.

2. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ СТОРОН

2.1. Исполнитель обязуется:

- 2.1.1.** обеспечить оказание качественной медицинской помощи Застрахованным. Оказание медицинской помощи осуществляется согласно режиму работы и профилю Исполнителя.
- 2.1.2.** поддерживать качественно высокий уровень комплекса медицинской помощи, оказываемой Исполнителем Застрахованным согласно Приложениям №№ 1 и 2, в соответствии с существующими (действующими) медицинскими технологиями и стандартами.
- 2.1.3.** вести учет видов, объемов, сроков и стоимости оказанной медицинской помощи Застрахованным, а также денежных средств, поступивших от Заказчика;
- 2.1.4.** в течение 1 суток информировать Заказчика о следующих событиях:
- обстоятельствах, которые могут привести к сокращению объема оказываемой медицинской помощи;
 - о выявлении у Застрахованного заболевания (состояния), указанного в Разделе № 1 «Условий предоставления медицинских услуг» (приложение № 1), а так же о наличии у Застрахованного Инвалидности I – II групп;
 - о необходимости оказания Застрахованному медицинской помощи, не входящей в Прейскурант цен на медицинские услуги (Приложение № 2), в Программу медицинского страхования или указанных в разделе 2 -3 Условий предоставления медицинских услуг (Приложение № 1);
 - о необходимости организации экстренного или планового стационарного лечения Застрахованного.
- 2.1.5.** выдавать Застрахованным необходимую медицинскую документацию установленного образца (выписку из истории болезни, листок временной нетрудоспособности, рецепты и т.д.);
- 2.1.6.** ежемесячно предоставлять Заказчику счета за оказанную в течение отчетного месяца медицинскую помощь, не позднее 14 числа месяца, следующего за отчетным;
- 2.1.7.** обеспечить в установленном порядке хранение в регистратуре амбулаторных карт Застрахованных.

2.2. Заказчик обязуется:

- 2.2.1. выдать Застрахованному медицинскую страховую карточку (полис), удостоверяющую право Застрахованного на получение медицинской помощи, предоставляемой Исполнителем;
- 2.2.2. предоставлять Исполнителю списки Застрахованных в соответствии с прилагаемой формой (Приложение № 3);
- 2.2.3. своевременно производить оплату Исполнителю за оказанную Застрахованным медицинскую помощь в сроки, установленные настоящим Договором (раздел 3);
- 2.2.4. информировать Застрахованных об условиях и порядке оказания медицинской помощи по настоящему Договору, режиме работы Исполнителя.
- 2.2.5. своевременно предоставлять Исполнителю списки лиц, в отношении которых соответствующий договор страхования прекращает свое действие. Заказчик освобождается от оплаты медицинских услуг таким лицам по истечении 2 (двух) дней с момента письменного сообщения Исполнителю посредством курьерской, факсимильной, электронной или иной связи, позволяющей достоверно установить, что уведомление получено Исполнителем.

2.3. Исполнитель имеет право:

- 2.3.1. требовать от Заказчика выполнения обязательств, взятых на себя согласно настоящему Договору;
- 2.3.2. начать выполнять взятые на себя обязательства согласно настоящему Договору, после получения от Заказчика списков Застрахованных и поступления на счет Исполнителя авансового платежа согласно п.3.4. настоящего Договора.
- 2.3.3. в случае необходимости, привлекать соисполнителей для оказания медицинской помощи Застрахованным, согласно Программе медицинского страхования. При привлечении соисполнителя Исполнитель обязан представить Заказчику лицензию соисполнителя на право осуществления медицинской деятельности и письменно согласовать с Заказчиком стоимость услуг соисполнителя.

2.4. Заказчик имеет право:

- 2.4.1. не оплачивать медицинскую услугу, если она была оказана Исполнителем Застрахованному в период прекращения действия лицензии на медицинскую деятельность;
- 2.4.2. требовать от Исполнителя надлежащего выполнения принятых им обязательств по настоящему Договору;
- 2.4.3. осуществлять контроль качества оказания Исполнителем медицинской помощи Застрахованным;
- 2.4.4. отказаться от оплаты счета, выставленного позже 14 числа месяца (п 3.1.), следующего за отчетным.

3. СТОИМОСТЬ УСЛУГ И ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ

- 3.1.** По результатам выполненных работ ежемесячно Исполнитель выставляет Заказчику счет по утвержденной форме (Приложение № 5), за фактически оказанные медицинские услуги. Счет выставляется до 14 числа месяца, следующего за отчетным.
- 3.2.** Счет должен содержать все необходимые реквизиты для перечисления денег и ссылку на настоящий Договор. К счету прилагается реестр медицинских услуг, представленных к оплате, составленный в соответствии с Прейскурантом цен на медицинские услуги (Приложение № 2), который заполняется по установленной форме (Приложение №4) и заверяется подписями руководителя и главного бухгалтера, круглой печатью. Информация об оказанной Застрахованным медицинской помощи предоставляется Исполнителем на бумажных и, при возможности, на магнитных носителях.
- 3.3.** Расчеты между Сторонами осуществляются в безналичном порядке в рублях РФ.
- 3.4.** Заказчик оплачивает счет, с учетом положений раздела 5 настоящего Договора в течение 14 банковских дней со дня его получения. При несоответствии в оформлении счета и реестра установленным формам, срок оплаты продлевается соразмерно сроку исправления Исполнителем вышеуказанных документов.
- 3.5.** В течении 10 дней после зачисления денежных средств на расчетный счет Исполнителя, выставляется счет-фактура (Приложение № 6).
- 3.6.** Оплата медицинских услуг, не входящих в Программу медицинского страхования (Приложение № 1), производится только при наличии гарантийного письма Заказчика.
- 3.7.** По окончании действия настоящего Договора Стороны производят окончательный взаиморасчет с учетом выплаченного аванса в течение 30 календарных дней.
- 3.8.** Исполнитель имеет право в одностороннем порядке пересматривать и утверждать цены на медицинскую помощь, оказываемую по настоящему Договору. При этом цены на медицинские услуги в течение одного календарного года не могут увеличиваться более чем на 15% (пятнадцать процентов) по сравнению с первоначальными (Приложение № 2). Новый прейскурант начинает действовать после письменного согласования сторонами, но не ранее, чем через 30 дней после официального уведомления Исполнителем Заказчика о введении новых цен.
- 3.9.** При просрочке платежа (п.3.5.) Исполнитель вправе выставить Заказчику пени в размере 0,1% от суммы неоплаченного счета за каждый день просрочки платежа. Требование Исполнителя об уплате пени должно быть предъявлено Заказчику в письменном виде.

4. ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ УСЛУГ

- 4.1.** Исполнитель самостоятельно в рамках Программы медицинского страхования устанавливает объем медицинских услуг, оказываемых Застрахованным по настоящему Договору.
- 4.2.** Устанавливаемый Исполнителем режим работы должен способствовать получению Застрахованными медицинской помощи по настоящему Договору в полном объеме.
- 4.3.** В случае некачественного предоставления Застрахованному медицинской помощи по настоящему Договору, Исполнитель обязуется оказать необходимую качественную медицинскую помощь за свой счет.

5. КОНТРОЛЬ

- 5.1.** Заказчик осуществляет в рамках настоящего Договора контроль объемов, сроков и качества медицинской помощи, соответствия выставленных к оплате счетов за оказанную медицинскую помощь ее объему и качеству.
- 5.2.** Контроль осуществляется путем проверок, проводимых представителем Заказчика. Проверка осуществляется по мере необходимости. Результаты проверок доводятся Заказчиком до сведения Исполнителя.
- 5.3.** Исполнитель обязан обеспечить представителям Заказчика, осуществляющим проверку, свободное ознакомление с деятельностью Исполнителя, связанной с выполнением данного Договора.
- 5.4.** Результаты экспертной проверки, проводимой представителями Заказчика, оформляются актом медико-экономической экспертизы, согласуются с Исполнителем и учитываются при дальнейших взаиморасчетах. При признании услуги “услугой, оказанной необоснованно или некачественно”, сумма будущих платежей Заказчика за оказанную медицинскую помощь, уменьшается на ее стоимость.
- 5.5.** При несогласии Исполнителя с результатами медико-экономической экспертизы, создается согласительная комиссия из представителей Исполнителя и Заказчика, при необходимости, с привлечением независимых экспертов.
- 5.6.** Сторона, мнение которой о качестве услуги опровергнуто результатами медико-экономической экспертизы, обязана возместить расходы на экспертизу, а также причиненные убытки.

6. СПОРЫ

- 6.1.** Стороны могут предъявлять претензии по факту нарушений, связанных с исполнением настоящего Договора, в течение всего срока действия Договора. При наличии претензий и при согласии с ними, виновная сторона должна в 3-х дневный срок представить объяснения, исправить упущения и учесть в последующей работе требования, содержащиеся в претензии. В случае несогласия с предъявленными

претензиями, Стороны для разрешения спора создают согласительную комиссию из представителей Исполнителя и Заказчика.

- 6.2.** При недостижении согласия, споры разрешаются в Арбитражном суде г. Москвы в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

7. ФОРС-МАЖОРНЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА

- 7.1.** Ни одна из Сторон не будет нести ответственность за полное или частичное неисполнение любой из своих обязанностей, если докажет, что надлежащее исполнение оказалось невозможным вследствие действия непреодолимой силы, то есть чрезвычайных и непредотвратимых при данных условиях обстоятельств.
- 7.2.** Срок исполнения обязательств по настоящему Договору продлевается соразмерно времени действия обстоятельств непреодолимой силы.
- 7.3.** Сторона, для которой создавалась невозможность исполнения обязательства, обязана немедленно известить другую Сторону о наступлении, предполагаемом сроке действия и прекращения вышеуказанных обстоятельств.

8. ИЗМЕНЕНИЕ И ПРЕКРАЩЕНИЕ ДОГОВОРА

- 8.1.** Условия Договора могут быть изменены или дополнены в связи с принятием законодательных актов или по предложению одной из сторон. Предложения сторон об изменении или дополнении условий Договора рассматриваются в течение 2 недель с момента поступления. Изменения и дополнения к настоящему Договору будут считаться имеющими силу, если они выполнены в письменной форме и подписаны обеими сторонами.
- 8.2.** Настоящий Договор может быть прекращен до окончания срока его действия:
- 8.2.1.** по обоюдному Согласию сторон, оформленному в виде Соглашения и подписанному Заказчиком и Исполнителем;
- 8.2.2.** принятия судом решения, вступившего в законную силу, о признании Договора недействительным;
- 8.2.3.** в случае прекращения деятельности, указанной в настоящем Договоре, ликвидации или реорганизации одной из Сторон,
- 8.2.4.** одной из Сторон в случае существенного нарушения условий данного Договора другой Стороной, с письменным уведомлением не менее чем за 30 дней до предполагаемой даты расторжения Договора;
- 8.2.5.** при наступлении обстоятельств для любой из Сторон, перечисленных в разделе 7 настоящего Договора.
- 8.3.** Прекращение настоящего Договора освобождает стороны от исполнения обязательств по Договору только после того, как они выполнят в отношении Застрахованных свои обязательства, возникшие у них до прекращения настоящего Договора, в полном объеме.

9. СРОК ДЕЙСТВИЯ ДОГОВОРА

- 9.1.** Настоящий Договор вступает в силу с момента подписания его Сторонами и действует до " ____ " _____ 20 ____ г.
- 9.2.** Если ни одна из сторон за 1 месяц до окончания настоящего Договора не заявит о его расторжении и не предложит иные условия, Договор считается продленным на каждый последующий год на тех же условиях, с обязательным предоставлением Сторонами новых лицензий, доверенностей и др. документов, в случае окончания срока ранее действовавших документов.
- 9.3.** В случае, если срок действия полисов Застрахованных превышает срок действия настоящего Договора, указанный в п. 9.1., то настоящий Договор пролонгируется в части принятых на себя Сторонами обязательств по предоставлению и оплате медицинских услуг до конца срока действия полисов Застрахованных.

10. ПРОЧИЕ УСЛОВИЯ

- 10.1.** Стороны соглашаются, что вся информация, полученная ими или ставшая им известной в связи с выполнением своих обязательств по настоящему Договору, является конфиденциальной и подлежит защите.
- 10.2.** Нарушением обязательств по обеспечению конфиденциальности признается не только разглашение и прямая передача конфиденциальных сведений одной из Сторон другим заинтересованным пользователям без согласия партнера, но и непринятие мер к их охране, исключающих свободный доступ к сведениям и возможность их утечки.
- 10.3.** Стороны обязуются не распространять сведений, способных нанести ущерб деловой репутации партнера.
- 10.4.** Стороны обязуются известить друг друга об изменении своего юридического статуса или изменениях и дополнениях в учредительных документах в течение двух недель с даты их регистрации, а также уведомить в письменной форме в течение 3-х рабочих дней об изменении адреса (юридического и фактического), платёжных реквизитов, номеров телефонов, факса и т.п., о приёме, увольнении (назначении, избрании, переизбрании) должностных лиц, имеющих право подписывать документы.
- 10.5.** По вопросам, не предусмотренным настоящим Договором, стороны руководствуются законодательством РФ.
- 10.6.** Настоящий Договор составлен в двух экземплярах, имеющих одинаковую юридическую силу, по одному экземпляру для каждой из Сторон.
- 10.7.** Приложения №№ 1, 2, 3, 4, 5,6 являются неотъемлемыми частями настоящего Договора.

11. АДРЕСА И БАНКОВСКИЕ РЕКВИЗИТЫ СТОРОН

Заказчик:

Юридический адрес: _____
Фактический адрес: _____
Телефон _____, _____
факс _____ email _____
ОГРН _____ ИНН _____
_____ КПП _____
Расчетный счет N _____
_____ в банке _____
Корреспондентский счет: _____
_____ БИК _____
ОКПО _____ ОКОНХ _____
_____ ОКATO _____

В случае изменения юридического адреса, расчетного счета или обслуживающего банка **Стороны** обязаны в 15 (пятнадцати) дневный срок уведомить об этом друг друга.

Подписи сторон:

Заказчик:

М.П.

Исполнитель:

ООО «ИнтеграМед»

Юридический адрес: 107023, г. Москва,
Мажоров переулок, дом 7-7А, стр. 8.
Фактический адрес: 107023, г. Москва,
Мажоров переулок, дом 7-7А, стр. 8.
Телефон: (495) 730 95 80 Факс: (495) 964 11 83
email: clinic@integrated.info
ОГРН: 1077764007210 ИНН: 7719662574
КПП: 771901001,
Расчетный счет:
N 40702810438290012749,
«Сбербанк России ОАО» г. Москва,
Стромынское ОСБ 5281,
Корреспондентский счет:
301018104000000000225,
БИК 044525225.

Исполнитель:

Генеральный директор
ООО «ИнтеграМед»

М.П. А.В. Кулешов

ПРИЛОЖЕНИЕ № 1

К ДОГОВОРУ № _____ от “ ____ ” _____ 20__ г.

“СОГЛАСОВАНО”

ОСАО “Страховая компания”

“ ____ ” _____ 20__ г.

М.П.

“УТВЕРЖДАЮ”

Генеральный директор
ООО «ИнтеграМед»

А.В. Кулешов

“ ____ ” _____ 20__ г.

М.П.

ПРЕЙСКУРАНТ

ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

К ДОГОВОРУ № _____ от “ ____ ” _____ 20__ г.

ФОРМА: СПИСОК ЗАСТРАХОВАННЫХ ОСАО “Страховая компания”

на прикрепление к / открепление от _____
(наименование лечебного учреждения)

№ п/п	№ с/п	Фамилия, Имя, Отчество	Дата рождения	Место жительства (индекс, полный адрес, код, № подъезда, этаж, район)	Телефон дом./раб.

Должность

Ф.И.О.

М.П.

(подпись)

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3

К ДОГОВОРУ № _____ от “ ____ ” _____ 20__ г.

ФОРМА: РЕЕСТР ОКАЗАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Приложение №_ к счету

№_____ от _____

Реестр оказанной медицинской помощи Застрахованным ОСАО “Страховая компания”

Ф.И.О. застрахованного	Номер полиса	Дата оказания медицин- ской услуги	Наимено- вание услуги	Код услуги	Кол-во услуг	Цена	Сумма
1.							
Итого:							
2.							
Итого:							
.....							
.....							
Всего:							

Руководитель предприятия:

_____ / _____

Главный бухгалтер:

_____ / _____

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 4

К ДОГОВОРУ № _____ от “ ____ ” _____ 20__ г.

ФОРМА: СЧЕТ

Поставщик:

Адрес: _____

Расчетный счет: _____

Идентификационный номер поставщика (ИНН) _____ КПП _____

БИК _____ Код по ОКОНХ: _____

Код по ОКПО: _____

Грузоотправитель и его адрес: _____

СЧЕТ № _____ от “ ____ ” _____ года

Покупатель: ОСАО “Страховая компания”

Адрес: _____

Расчетный счет № _____, в Банке _____

кор/счет _____, БИК _____

Идентификационный номер поставщика (ИНН) _____

КПП _____

Наименование товара	Единица измерения	Количество	Цена	Сумма
За медицинские услуги по договору № _____ от “ ____ ” _____ г.				
Итого к оплате:				
НДС не облагается				

Руководитель предприятия:

_____/_____/

Главный бухгалтер:

_____/_____/

М.П.

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5

К ДОГОВОРУ № _____ от “___” _____ 20__ г.

ФОРМА: СЧЕТ-ФАКТУРА

СЧЕТ-ФАКТУРА № _____ от “___” _____ 20__ г.

Продавец _____

Адрес _____

Идентификационный номер продавца (ИНН) _____ КПП _____

Грузоотправитель и его адрес _____

Грузополучатель и его адрес _____

К платежно-расчетному документу № _____ от “___” _____ 20__ г.

Покупатель: **ОСАО “Страховая компания”**

Адрес : _____

Идентификационный номер поставщика (ИНН) _____ КПП _____

Наименование товара (описание выполненных работ, оказанных услуг)	Ед. изм.	Кол- во	Цена (тариф) за единицу измерения	Стоимость товаров (работ, услуг) Всего без налога	В том числе акциз	Налоговая ставка	Сумма налога	Стоимость товаров (работ, услуг) всего с учетом налога	Страна проис- хожден ия	Номер грузовой таможенной декларации
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
За медицинские услуги по договору № _____ от “___” _____ г.					0	0	0		Россия	-
Всего к оплате:										

Руководитель предприятия _____/_____/

М.П.

Главный бухгалтер _____/_____/