**Программа годового медицинского обслуживания «СМ-ЛАЙТ»**

**Дополнительное соглашение**

**к Договору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**на оказание платных медицинских услуг**

**г. Москва «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_г.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(номер карты, ФИО Пациента)

в лице пациента, и ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_» в лице Главного врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, действующего на основании доверенности, пришли к соглашению об оказании платных медицинских услуг в соответствии с годовой Программой медицинского обслуживания «СМ-ЛАЙТ» для пациентов от 18 лет (далее Программа):

**ПРОГРАММА МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

Программа предназначена для обслуживания лиц в возрасте от 18 лет включительно и предусматривает оказание амбулаторно-поликлинической помощи.

Обслуживание по Программе предоставляется **в клиниках:**

м. ВДНХ, ул. Ярославская, д. 4, корп. 2

м. Молодежная, ул. Ярцевская, д. 8

м. Крылатское, ул. Маршала Тимошенко, дом 29

м. Текстильщики, Волгоградский пр-т, д. 42, стр. 12

м. Войковская, ул. Клары Цеткин, дом 33, корп. 28

м. Войковская, Старопетровский проезд, дом 7А, корп. 22

м. Курская, 2-ой Сыромятнический переулок, дом 11

м. Белорусская, ул. Лесная, дом 57, стр. 1

м. Каховская, Симферопольский бульвар, дом 22

м. новые Черемушки, ул. Новочеремушкинская, дом 65, корп.1

м. Водный стадион, ул Сенежская , дом 1/9

г. Солнечногорск, ул. Красная, дом 167, стр.2

Лабораторные и инструментальные исследования, лечебные мероприятия оказываются строго по направлению врача.

1. **ОБЪЕМ ПРЕДОСТАВЛЯЕМЫХ УСЛУГ**

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование услуги | Кол-во услуг |
| Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный, лечебно-диагностический, амбулаторный | 18 |
| Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный, лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Консультация врача-пластического хирурга | 1 |
| Прием врача-акушера-гинеколога лечебно-диагностический, амбулаторный | 10 |
| Прием врача-гастроэнтеролога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-дерматовенеролога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-кардиолога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-колопроктолога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-невролога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-онколога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-оториноларинголога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-офтальмолога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-пульмонолога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Приём врача-ревматолога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-травматолога-ортопеда лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-уролога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-хирурга лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-эндокринолога лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Прием врача-физиотерапевта лечебно-диагностический, амбулаторный |
| Рентгенография бедра или голени, или плеча, или предплечья в 2-х проекциях | 4 |
| Рентгенография грудного отдела позвоночника (2 снимка) |
| Рентгенография ключицы, лопатки, грудины |
| Рентгенография костей таза |
| Рентгенография носоглотки - боковая проекция (1 снимок) |
| Рентгенография органов грудной клетки (обзорная) |
| Рентгенография органов грудной клетки в 2-х проекциях |
| Рентгенография поясничного отдела позвоночника в 2-х проекциях |
| Рентгенография придаточных пазух носа в 2-х проекциях (2 снимка) |
| Рентгенография стопы или кисти, пяточных, голеностопного сустава в 2-х проекциях |
| Рентгенография тазобедренного, коленного, плечевого, локтевого, лучезапястного суставов в 2-х проекциях |
| Рентгенография черепа в 2 проекциях |
| Рентгенография шейного отдела позвоночника в 2 проекциях |
| Рентгенография крестца и копчика в 1-й проекции |
| Рентгенография пальца кисти или стопы в 1-й проекции (1 снимок) |
| УЗИ почек | 4 |
| УЗИ почек и мочевого пузыря с определением остаточной мочи |
| УЗИ надпочечников |
| УЗИ легких и плевры |
| УЗ определение свободной жидкости в брюшной полости |
| УЗИ органов брюшной полости комплексное (печень, желчный пузырь, поджелудочная железа) с регионарными лимфоузлами |
| УЗИ передней брюшной стенки на предмет грыжевого дефекта |
| УЗИ печени |
| УЗДС брахиоцефальных сосудов и позвоночных артерий |
| УЗИ органов малого таза (трансвагинальное) |
| УЗИ органов мошонки |
| УЗИ предстательной железы (трансабдоминальное) |
| УЗИ простаты, мочевого пузыря |
| УЗИ лимфатических узлов |
| УЗИ мочевого пузыря |
| Эхокардиография (УЗИ сердца) |
| УЗИ органов малого таза (трансабдоминальное) |
| УЗИ молочных желез |
| УЗИ щитовидной железы |
| Электрокардиография (ЭКГ) | 2 |
| Клинический анализ крови (ОАК, ЛФ, СОЭ) с микроскопией мазка при наличии патологических сдвигов, кровь, колич. | 4 |
| Общий анализ мочи | 4 |
| Взятие крови | 4 |
| Прием врача-терапевта/педиатра на дому (в пределах МКАД)  | 1 |
| Определение уровня глюкозы в крови (экспресс-метод)*(Тестирование, глюкометром OneTouch / AccuChek, оценка результата)*  | 2 |

Посещение узких врачей специалистов предоставляется на выбор Пациента в количестве, указанном в программе, но не более 10 (десяти) раз.

На период действия Программы предоставляется скидка 10% на услуги, не включенные в Программу, от стоимости услуг по Прейскуранту Клиники.

Скидка не суммируется с другими скидками и акционными предложениями, не распространяется на лабораторные комплексы исследований, стационарные услуги, скорую помощь, химиотерапию, ВРТ, ортопедию и ортодонтию в стоматологии, зуботехническую лабораторию, имплантологию, медикаменты и косметическую продукцию.

1. **ПОРЯДОК РАСЧЕТОВ И СТОИМОСТЬ УСЛУГ**

2.1. Стоимость программы составляет **29 000** (двадцать девять тысяч**)** рублей. Оплата производится в полном объеме в день подписания настоящего Соглашения. В случае если Программа не была оплачена в день подписания настоящего Соглашения, Клиника вправе в одностороннем порядке изменять стоимость Программы. Клиника оказывает услуги по Программе при условии 100% оплаты ее стоимости.

2.2. Срок действия программы составляет 1 (Один) год с даты заключения настоящего дополнительного соглашения.

2.3. Медицинские услуги, не включенные в настоящую программу, могут быть оказаны за отдельную плату в соответствии с заключенным договором на оказание медицинских услуг и Прейскурантом Клиники.

2.4. В случае пропуска или неиспользования в период действия Программы предусмотренных ею медицинских услуг оплаченные денежные средства по Программе не возвращаются.

1. **ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ**

3.1. Конкретные время и дата оказания медицинских услуг по Программе назначается лечащим врачом с учетом состояния здоровья Пациента.

3.2. Клиника имеет право в одностороннем порядке прекратить медицинское обслуживание по Программе и расторгнуть настоящее дополнительное соглашение при условии письменного уведомления Пациента за 3 (три) рабочих дня в случае:

* Систематического несоблюдения Пациентом назначений и рекомендаций лечащего врача;
* Неоднократных неявок Пациента в назначенное врачом время для прохождения консультаций и исследований в течение периода действия Программы (за исключением случаев нахождения его в стационаре либо представления листка временной нетрудоспособности, выданного другой медицинской организацией);
* Задолженности по оплате любых услуг Клиники.

3.3. В случае досрочного расторжения настоящего дополнительного соглашения Стороны производят взаиморасчеты в течение 30 (Тридцати) дней. При этом Клиника возвращает денежные средства за вычетом стоимости фактически оказанных услуг, определенной в соответствии с Прейскурантом Клиники, действующим на дату оказания соответствующей услуги.

3.4. Настоящее дополнительное соглашение является неотъемлемой частью Договора на оказание платных медицинских услуг.

3.5. Пациент ознакомлен с Порядком оказания услуг по Программе и обязуется его соблюдать.

**Клиника: Пациент:**

Главный врач

ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/