



[www.arhofoms.ru](http://www.arhofoms.ru)  
8(8182) 28-58-62  
телефон  
«горячей линии»  
8 (800) 100-11-29

## ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ МЕДИЦИНСКОЕ СТРАХОВАНИЕ

### ПУТЕВОДИТЕЛЬ В СФЕРЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

**ВАЖНО ЗНАТЬ КАЖДОМУ!**



## ЗАЧЕМ НАМ ПОЛИС ОМС?

**Полис ОМС – документ, который подтверждает право на** получение бесплатной медицинской помощи в сфере обязательного медицинского страхования (ОМС) на всей территории Российской Федерации по программам ОМС:

- **на территории Архангельской области – в объеме** территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Архангельской области (ознакомиться можно на [www.arhofoms.ru](http://www.arhofoms.ru));

- **на территории других субъектов Российской Федерации – в объеме** базовой программы обязательного медицинского страхования (составной части Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, ежегодно утверждаемой постановлением Правительства Российской Федерации, подробнее на [www.ffoms.ru](http://www.ffoms.ru))

**Полис ОМС действует на всей территории Российской Федерации и гарантирует, что медицинская помощь, оказанная Вам** по программам ОМС, будет оплачена:

- **на территории Архангельской области** – страховой медицинской организацией, выдавшей полис ОМС;

- **за пределами Архангельской области** – территориальным фондом обязательного медицинского страхования.

## ОТПРАВЛЯЯСЬ В ПОЕЗДКУ, ОБЯЗАТЕЛЬНО БЕРИТЕ С СОБОЙ ПОЛИС ОМС!

• При обращении за медицинской помощью застрахованные граждане **обязаны предъявлять полис ОМС.**

• **Полис ОМС** содержит информацию о страховой медицинской организации, в которой Вы застрахованы и которая защищает Ваши права при получении бесплатной медицинской помощи по ОМС, телефон «горячей линии», по которому страховой представитель окажет Вам помощь и информационное сопровождение при получении бесплатной медицинской помощи, гарантированной государством.

• Любой отказ в оказании медицинской помощи по причине предъявления полиса, выданного в другом городе или в другом субъекте Российской Федерации (вне территории обращения за медицинской помощью), неправомерен!

## ЧТО ДЕЛАТЬ, ЕСЛИ...

- ▶ Вам предлагают оплатить медицинскую помощь, гарантированную по полису ОМС;
- ▶ в поликлинике нет необходимого Вам врача-специалиста;
- ▶ не можете попасть на прием к узкому специалисту более двух недель;
- ▶ предлагают ожидать медицинскую помощь сверх сроков, установленных территориальной программой ОМС;
- ▶ не выдают направления на диагностические и лабораторные исследования;
- ▶ Вы лечитесь в дневном стационаре или в стационаре, а Вам предлагают покупать лекарства, расходные материалы, изделия медицинского назначения за свой счет;
- ▶ Вам нагрубили в регистратуре, отделении, – сразу же обращайтесь в свою страховую компанию или на горячую линию территориального фонда ОМС того субъекта Российской Федерации, в котором находитесь!



Подробная информация о Вашей страховой компании указана на полисе ОМС.

Информация о территориальных фондах ОМС всех субъектов Российской Федерации размещена на [www.ffoms.ru](http://www.ffoms.ru)

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД  
ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

СИСТЕМА ОМС ▾ ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН ▾ НОВОСТИ ▾ ДОКУМЕНТЫ ▾ 🔍

ЗАЩИТА ПРАВ ГРАЖДАН

ВЕРСИЯ ДЛЯ СЛАБОВИДЯЩИХ

### Права застрахованных лиц в сфере обязательного медицинского страхования

Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» регулирует отношения, возникающие в связи с осуществлением обязательного медицинского страхования, в том числе определяет правовое положение субъектов обязательного медицинского страхования и участников обязательного медицинского страхования, основываясь на глав и абзацах, параграфах, статьях, положениях и приложениях, содержащих:

ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ  
ВОПРОС И ОТВЕТ  
ДЛЯ ЖИТЕЛЕЙ РЕСПУБЛИКИ КРЫМ И Т. СЕВАСТОПОЛЬ

## КАКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ОКАЗЫВАЕТСЯ ПО ПОЛИСУ ОМС БЕСПЛАТНО

**Виды, условия и формы оказания медицинской помощи, а также сроки их предоставления** определены **территориальной программой государственных гарантий**, ежегодно утверждаемой Правительством Архангельской области. С территориальной программой государственных гарантий можно ознакомиться на сайте территориального фонда ОМС Архангельской области [www.arhofoms.ru](http://www.arhofoms.ru).

**По полису ОМС бесплатно оказывается медицинская помощь при следующих заболеваниях и состояниях:**

- инфекционные и паразитарные болезни (за исключением болезней, передающихся половым путем, туберкулеза, ВИЧ-инфекции и синдрома приобретенного иммунодефицита);
- новообразования;
- болезни эндокринной системы;
- расстройства питания и нарушения обмена веществ;
- болезни нервной системы;
- болезни крови, кроветворных 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;
- беременности, роды, послеродовый период и аборт;
- отдельные состояния, возникающие у детей в перинатальный период;
- симптомы, признаки и отклонения от нормы, не отнесенные к заболеваниям и состояниям.

## ПЛАТНЫЕ УСЛУГИ В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗЫВАЮТСЯ:

► если медицинские услуги не предусмотрены территориальной программой государственных гарантий;

► медицинские услуги **по просьбе гражданина в виде осуществления отдельных консультаций или медицинских вмешательств**, которые не входят в стандарты оказания медицинской помощи при том или ином заболевании, **а также без медицинских показаний и вне очереди**;

► в случае установления индивидуального поста наблюдения **по желанию пациента**;

► при получении медицинских услуг **анонимно** (без предъявления полиса ОМС);

► при самостоятельном обращении за медицинской помощью **без медицинских показаний и направления лечащего врача** (например, ЭКГ, УЗИ, КТ, МРТ, лабораторные исследования и т.п.), за исключением случаев оказания медицинской помощи в экстренной и неотложной форме;

► иностранным гражданам, **не имеющим полиса ОМС**.

**Платно** медицинские услуги предоставляются:

- в хозрасчетных подразделениях и кабинетах, специалистами в свободное от основной работы время;

- в условиях повышенной комфортности.



### Предоставляется:

- бесплатно;

- преимущественно по территориально-участковому принципу (то есть, по признаку проживания (пребывания) на определенной территории или по признаку работы (обучения в определенных организациях и (или) их подразделениях);

- в поликлинике;
- в стоматологической поликлинике;
- в женской консультации.

Поликлинику можно **выбрать (заменить)** по месту фактического проживания или по месту работы (учебы) **один раз в год** или чаще в случае изменения места жительства.

Для этого **необходимо обратиться** в выбранную поликлинику с заявлением о прикреплении на имя главного врача.

Руководитель (либо уполномоченное должностное лицо) медицинской организации, принявший заявление, должен проинформировать Вас в письменной или устной форме (лично или посредством почтовой связи, телефонной связи, электронной связи) о принятии Вас на медицинское обслуживание.

**В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПРОБЛЕМ** в поликлинике **необходимо обратиться к администрации поликлиники или позвонить в свою страховую компанию (название страховой компании и телефон указаны на полисе ОМС)**

### Медицинская помощь в поликлинике ВКЛЮЧАЕТ:

- ▶ прием участковых врачей, в том числе посещения на дому;
- ▶ диспансеризацию и профилактику;
- ▶ диспансерное наблюдение в отношении граждан, страдающих отдельными видами хронических неинфекционных и инфекционных заболеваний или имеющих высокий риск их развития, а также в отношении граждан, находящихся в восстановительном периоде после перенесенных тяжелых острых заболеваний (состояний, в том числе травм и отравлений);

### ПО НАПРАВЛЕНИЮ лечащего врача:

- ▶ консультации врачей-специалистов;
- ▶ диагностические и лабораторные исследования;
- ▶ лечение в дневном стационаре.

**В направлении лечащий врач должен указать, где и в какие сроки Вы можете их пройти!**



Лабораторные, диагностические и инструментальные исследования проводятся пациенту **ПРИ НАЛИЧИИ МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ ПО НАПРАВЛЕНИЮ ЛЕЧАЩЕГО ВРАЧА** (в необходимых случаях – **врачебным консилиумом, врачебной комиссией**) в соответствии с требованиями, установленными порядками оказания медицинской помощи, стандартами медицинской помощи.

Срочность проведения лабораторных, диагностических и инструментальных исследований **определяется лечащим врачом с учетом медицинских показаний.**



## ПРЕДЕЛЬНЫЕ СРОКИ ОЖИДАНИЯ АМБУЛАТОРНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ:

### Не более двух часов:

- срок ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме **с момента обращения пациента в медицинскую организацию.**

### Не более 24 часов:

- срок ожидания приема врачами-терапевтами участковыми, врачами общей практики (семейными врачами), врачами-педиатрами **с момента обращения пациента в медицинскую организацию.**

### До 14 календарных дней:

- сроки проведения плановых консультаций врачей-специалистов **со дня обращения пациента в медицинскую организацию;**
- сроки проведения диагностических инструментальных (рентгенографические исследования, включая маммографию, функциональная диагностика, ультразвуковые исследования) и лабораторных исследований при оказании первичной медико-санитарной помощи **со дня назначения лечащим врачом.**

### До 30 календарных дней:

- сроки проведения компьютерной томографии (включая однофотонную эмиссионную компьютерную томографию), магнитно-резонансной томографии, ангиографии при оказании первичной медико-санитарной помощи в плановой форме **со дня назначения лечащим врачом.**



**Если пациенту необходима экстренная медицинская помощь, ее обязаны оказать незамедлительно, вне очереди!**

Если медицинская организация **не может предоставить Вам медицинскую помощь в установленные территориальной программой ОМС сроки**, лечащий врач обязан проинформировать Вас и направить в другую медицинскую организацию, из перечня организаций, участвующих в реализации территориальной программы ОМС (с учетом схем маршрутизации, определенных министерством здравоохранения Архангельской области),

в которых медицинская помощь будет оказана в установленные сроки.

Если Вы **согласны на ожидание медицинской помощи сверх сроков**, установленных территориальной программой ОМС, то такое согласие оформляется письменно с отметкой в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях.

**ПЕРЕЧЕНЬ ВСЕХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, осуществляющих деятельность в сфере ОМС Архангельской области, на [www.arhofoms.ru](http://www.arhofoms.ru)**



### Экстренная госпитализация



Осуществляется бригадой скорой медицинской помощи или при самостоятельном обращении пациента по экстренным показаниям (при состояниях, угрожающих жизни). При госпитализации пациента в стационар бригадой скорой медицинской помощи **выбор пациентом медицинской организации** для получения специализированной медицинской помощи **в неотложной и экстренной форме НЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ**.

Обзор пациента в больнице и лечебные мероприятия при состоянии здоровья, требующем оказания экстренной медицинской помощи, должны проводиться **немедленно!**

### Плановая госпитализация

✓ осуществляется по направлению лечащего врача поликлиники или врача-специалиста независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности медицинской организации в срок **не более 30 календарных дней**<sup>1</sup> со дня выдачи лечащим врачом направления на госпитализацию при условии обращения пациента за госпитализацией в рекомендуемые лечащим врачом сроки) с регистрацией в листе ожидания;

✓ для получения специализированной медицинской помощи в плановой форме **выбор медицинской организации** осуществляется по направлению лечащего врача. В случае, если в реализации территориальной программы принимают участие несколько медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по соответствующему профилю, лечащий врач обязан **проинформировать** Вас о возможности выбора медицинской организации с учетом выполнения условий оказания медицинской помощи, установленных территориальной программой;

✓ время пребывания на приемном покое при госпитализации **не должно превышать одного часа**.

<sup>1</sup> Возможны исключения

### Что предоставляется пациенту в условиях стационара по полису ОМС?

- ✓ возможность выбора лечащего врача (с учетом согласия врача);
- ✓ размещение в палатах на два места и более, за исключением размещения в маломестных палатах (боксах) пациентов по медицинским и (или) эпидемиологическим показаниям;
- ✓ бесплатное размещение в маломестных палатах (боксах) не более двух мест при наличии медицинских и (или) эпидемиологических показаний, установленных приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации, с соблюдением санитарно-эпидемиологических правил и нормативов, утвержденных Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации;
- ✓ одному из родителей, иному члену семьи или иному законному представителю бесплатно предоставляется спальное место и питание при совместном нахождении в медицинской организации в стационарных условиях с ребенком до достижения им возраста четырех лет, а с ребенком старше указанного возраста – при наличии медицинских показаний;
- ✓ бесплатное лечебное питание;
- ✓ бесплатное обеспечение лекарственными препаратами для медицинского применения, включенными в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, ежегодно утверждаемый Правительством Российской Федерации в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 года N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»;
- ✓ бесплатное обеспечение медицинскими изделиями, имплантируемыми в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в соответствии с перечнем, утвержденным распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2014 года N 2762-р.

## ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЗАСТРАХОВАННЫХ ЛИЦ В СФЕРЕ ОМС

### ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ИМЕЮТ ПРАВО НА:

- 1) **оказание медицинской помощи** бесплатно на всей территории Российской Федерации в объеме, установленном базовой программой ОМС, а на территории субъекта Российской Федерации, в котором выдан полис ОМС, в объеме, установленном территориальной программой ОМС;
- 2) **выбор страховой медицинской организации** путем подачи заявления в порядке, установленном правилами ОМС. Для ребенка до достижения им совершеннолетия выбор осуществляется его родителями или законным представителем;
- 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 ОМС, путем подачи заявления во вновь выбранную страховую медицинскую организацию;

4) **выбор медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях**, из числа медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС и участвующих в реализации территориальной программы ОМС, один раз в год (**чаще, чем 1 раз в год – при смене места жительства**);

5) **выбор медицинской организации для лечения в стационарных условиях** из перечня **организаций**, работающих в ОМС и принимающих пациентов соответствующего профиля. Информацию о медицинских организациях для лечения в стационарных условиях Вам обязан предоставить врач, направляющий на госпитализацию, и Ваша страховая медицинская организация;

6) **выбор врача**, с учетом его согласия, путем подачи заявления лично или через своего представителя на имя руководителя медицинской организации;

7) **получение** от территориального фонда ОМС, страховой медицинской организации и медицинских организаций **достоверной информации о видах, качестве и условиях** предоставления медицинской помощи;

8) **защиту персональных данных** (сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведениях, полученных при обследовании и лечении);

9) **возмещение** медицинской организацией **ущерба**, причиненного в связи с неисполнением или ненадлежащим исполнением обязанностей по организации предоставления медицинской помощи;

10) **обследование, лечение и содержание в условиях**, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

11) **информированное добровольное согласие (отказ)** на медицинское вмешательство;

12) **получение информации о своих правах** и обязанностях и состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым может быть передана информация о состоянии Вашего здоровья;

13) **обращение с жалобой** к руководителю или иному должностному лицу медицинской организации, в которой Вам оказывается медицинская помощь, страховую медицинскую организацию, в территориальный фонд обязательного медицинского страхования, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации, либо в суд в случаях нарушения Ваши прав;

14) **защиту прав и законных интересов** в сфере ОМС.

## ЗАСТРАХОВАННЫЕ ЛИЦА ОБЯЗАНЫ:

1) **предъявить полис ОМС** при обращении за медицинской помощью, за исключением случаев оказания экстренной медицинской помощи;

2) **уведомить** страховую медицинскую организацию **об изменении фамилии, имени, отчества, места жительства** в течение одного месяца со дня, когда эти изменения произошли;

3) **осуществить выбор** страховой медицинской организации по новому месту жительства **в течение одного месяца** в случае изменения места жительства и отсутствия страховой медицинской организации, в которой ранее был застрахован гражданин;

4) **в случае утраты полиса ОМС** обратиться в страховую медицинскую организацию, в которой Вы были застрахованы, **с заявлением о выдаче дубликата полиса ОМС**.

## СТРАХОВЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ – ОПЕРАТОРЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

### СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАНА:

► выдать гражданину страховой медицинский полис ОМС;

► оплатить медицинскую помощь, оказанную застрахованному лицу в медицинской организации, осуществляющей деятельность в сфере ОМС;

► информировать Вас о правах на получение бесплатных медицинских услуг, перечне медицинских организаций, предоставляющих медицинскую помощь по территориальной программе ОМС, порядке организации приема застрахованных лиц, правах пациента;

► осуществлять информирование и сопровождение при организации оказания медицинской помощи, в том числе профилактических мероприятий;

► обеспечивать защиту Ваших прав и законных интересов в сфере ОМС, в том числе в судебном порядке;

► контролировать объем, сроки, качество и условия предоставления Вам медицинской помощи;

► осуществлять прием заявлений, жалоб и обращений от застрахованных лиц, в том числе, о нарушении прав при получении медицинской помощи в медицинских организациях, осуществляющих деятельность в сфере ОМС, и принимать по ним решения в соответствии с законодательством в сфере ОМС;

► изучать мнение застрахованных лиц о доступности и качестве медицинской помощи.

## СТРАХОВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ – ВАШ АДВОКАТ В СФЕРЕ ОМС

Страховые медицинские организации созданы для защиты интересов застрахованных по ОМС лиц, содействия в организации оказания необходимой Вам медицинской помощи.

В страховых медицинских организациях работают опытные специалисты, которые проконсультируют Вас о правах и возможностях в сфере ОМС, проинформируют о сроках и объеме медицинской помощи, на которые Вы вправе рассчитывать по законодательству в сфере ОМС в каждом конкретном случае, разъяснят, какими технологиями для оказания Вам медицинской помощи, располагают медицинские организации, осуществляющие деятельность в сфере ОМС Архангельской области.

### ЗАПОМНИТЕ!

**Если в медицинской организации Вам предлагают при оказании медицинской помощи по полису ОМС:**

- ✓ оплатить лечение, обследование, консультацию врача – специалиста;
- ✓ приобрести за свой счет лекарственные препараты при лечении в стационаре или дневном стационаре;
- ✓ приобрести за свой счет медицинские изделия, имплантируемые в организм человека при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи;

**если у вас возникли претензии к качеству лечения,**



**НЕОБХОДИМО СРАЗУ ЖЕ ПОВЗОНИТЬ НА ГОРЯЧИЮ ЛИНИЮ СТРАХОВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ГДЕ ВЫ ПОЛУЧИЛИ ПОЛИС ОМС, И ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ!**

Страховую медицинскую организацию, в которой Вы застрахованы, можно заменить один раз в год до 1 ноября (чаще – при смене места жительства), для этого необходимо выбрать другую страховую компанию и обратиться в один из ее пунктов выдачи полисов ОМС.

**При выборе страховой медицинской организации рекомендуем учесть:**

- ✓ рейтинг страховых медицинских организаций *на сайте Федерального фонда ОМС [www.ffoms.ru](http://www.ffoms.ru);*
- ✓ отзывы в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», отзывы в СМИ, рекомендации знакомых, друзей, удовлетворенность от личного общения с работниками страховой медицинской организации.

## МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ОБЯЗАНА:

- ▶ Оказывать застрахованным гражданам медицинскую помощь в рамках территориальной программы ОМС;
- ▶ Предоставлять застрахованным гражданам полную, своевременную и достоверную информацию о видах, условиях и формах предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы ОМС;
- ▶ Заполнять при оказании медицинской помощи информированное добровольное согласие (либо отказ) гражданина на медицинское вмешательство;
- ▶ Проводить разбор жалоб и обращений граждан по поводу оказания и условий предоставления медицинской помощи, а также обращений, связанных с вопросами этики и деонтологии.

## СОВЕТЫ ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ:

1. При возникновении конфликтной ситуации в поликлинике, дневном стационаре или стационаре **обращайтесь** за помощью к заведующему отделением или к заместителю руководителя медицинской организации по медицинской части.
2. Если Ваши права нарушены, **обращайтесь в страховую медицинскую организацию.** Заявление, поданное в письменном виде, повышает возможности страховой медицинской организации по защите Ваших прав.
3. Если в медицинской организации Вам **предлагают заплатить за обследование или лечение**, назначенное лечащим врачом, **позвоните в свою страховую медицинскую организацию (телефон указан на полисе ОМС) или на горячую линию территориального фонда обязательного медицинского страхования Архангельской области** и выясните, входит ли данная услуга в территориальную программу ОМС или она может быть оказана только на платной основе.
4. Если при обращении за медицинской помощью Вам приходится **оплачивать оказанную медицинскую помощь, обязательно оформляйте договор**, сохраняйте чеки и обращайтесь в страховую медицинскую организацию за разъяснением обоснованности Ваших затрат.



## ПОЛЕЗНАЯ ИНФОРМАЦИЯ



Территориальный фонд обязательного  
медицинского страхования Архангельской области  
163000, г. Архангельск, пр. Ч.-Лучинского д. 39, корп. 1  
(8182) 28-58-62; 20-03-40; 20-89-72  
8 (800) 100-11-29  
Официальный сайт [www.arhofoms.ru](http://www.arhofoms.ru)



Министерство здравоохранения  
Архангельской области  
163004, г. Архангельск, просп.Троицкий, д.49  
(8182) 45-45-00  
Официальный сайт [www.minzdrav29.ru](http://www.minzdrav29.ru)



Территориальный орган  
Федеральной службы по надзору в сфере  
здравоохранения по Архангельской области  
и Ненецкому автономному округу  
163002, г. Архангельск, пр. Новгородский, д. 32  
(8182) 46-22-27



Архангельский филиал  
АО «Страховая компания «СОГАЗ - Мед»  
163069, г. Архангельск,  
ул. Набережная Северной Двины, д. 112, корп. 3  
(8182) 42-10-50, 42-10-51;  
8-800-100-07-02  
Официальный сайт [www.sogaz-med.ru](http://www.sogaz-med.ru)



Филиал ООО «РГС-Медицина» –  
«Росгосстрах-Архангельск-Медицина»  
163000, г. Архангельск, пл. Ленина, д.4, оф. 2008  
(8182) 20-79-49  
8-800-100-81-02  
Официальный сайт [www.rgs-oms.ru](http://www.rgs-oms.ru)

***МЫ РАБОТАЕМ С ВАМИ, МЫ РАБОТАЕМ ДЛЯ ВАС!***