**Квалификационные требования для участников тендера.**

Копии оригинальных документов (на бумажном носителе)

* + Свидетельства о регистрации в Минюсте;
	+ Устава компании;
	+ Копии паспортов руководителей;
	+ Копии учредительного решения о назначении руководителя;
	+ Справка о неимении и задолженности из ГНС (оригинал);
	+ Справка об отсутствии задолженности из СФ КР (оригинал);
	+ Справка об отсутствии судебных исков;
	+ Отзывы (рекомендации) клиентов;
	+ Сведения о квалификации участника за последние три года (опыт работы по данному направлению);
	+ Информация об объеме страховых сборов по ДМС и возмещений в динамике за последние три года, заверенную подписью руководителя;
	+ Готовность компании заключить договор, предусматривающий оплату частями;
	+ Другие материалы, способствующие (по мнению участника) поднятию его рейтинга:

**Описание вида медицинской помощи**

1. Амбулаторно-поликлиническая помощь (включая открытие больничных листов при наличии медицинских показаний), в т.ч. лечение хронических заболеваний, включая поддерживающую диагностику и терапию. Наличие в списке медицинских учреждений, предоставляющих медицинские услуги без внесения пациентом оплаты (услуги по безналичному расчету без участия пациента.
2. Круглосуточная скорая медицинская помощь, вызов врача на дом (включая открытие больничных листов), включая проведение операционных вмешательств, оплату пребывания в индивидуальных палатах).
3. Лабораторные методы исследования -СК предоставляет перечень методов исследований и возможность сдачи анализов без направления врача по определенному лимиту средств):

• Клинические;

• Биохимические;

• Бактериологические.

1. Анализ ПЦР на COVID-19 (не реже 1 раз в год).
2. МРТ/КТ/УЗИ: не реже 2 раза в год.
3. Лечебный массаж -1 курс, не менее 10 сеансов для застрахованных.
4. Стационарное лечение - Медицинская помощь, возмещение стоимости медикаментов, назначенных при стационарном лечении.
5. Медикаментозное лечение - медикаменты, назначенные при амбулаторно-поликлиническом лечении, в т.ч. назначаемые для лечения хронических заболеваний и профилактики заболеваний, включая витамины и БАДы.
6. Стоматология - Терапевтическое и хирургическое стоматологическое лечение острых и хронических заболеваний зубов и десен (кроме ортодонтии, протезирования и эстетической стоматологии).
7. Вакцинация в т.ч.:

• Против гриппа 1 раз в год для застрахованных сотрудников;

• От COVID-19 1 раз в год.

1. Профессиональный Мед. Осмотр для сотрудников -Прием врачей специалистов (Терапевт, Окулист, ЛОР, Невропатолог, Гинеколог для женщин/уролог для мужчин, Хирург).

В рамках медосмотра покрываются следующие исследования: анализ крови (общий), анализ крови на сахар, анализ мочи (общий), электрокардиография, цифровая флюорография, рентгенография, маммография, мазок на цитологию, липидный обмен, УЗИ – 1 раз в год для застрахованных.

1. Страховые полисы для выезжающих за рубеж сроком на 30 дней, страховое покрытие 30 000 USD.

13. Список медучреждений:

13.1. Перечень мед учреждений (амбулаторно-поликлиническое обслуживание) должен следующие мед учреждения, но не являться конечным – (Неомед, Прайм клиник, Поликлиника 312, ФемилиМед Клиник, Меди, Медцентр KG, Поликлиника при управлении делами Президента КР, Он-клиник, Веданта, ЮРФА, Кортекс).

* 1. Перечень мед учреждений (стоматология) должен следующие мед учреждения, но не являться конечным (Стоматология №1, Биостом, Эстет).
1. Возможность подключения к договору ДМС близких родственников без ограничения возраста и количества).

**Анкета для участников тендера.**

| **№ п/п** | **Наименование** | **Сведения об Участнике тендера (*заполняется Участником тендера*)** |
| --- | --- | --- |
|  | Организационно-правовая форма и фирменное наименование Участника  |  |
|  | ИНН Участника  |  |
|  | Юридический адрес |  |
|  | Почтовый адрес |  |
|  | Филиалы: перечислить наименования и почтовые адреса |  |
|  | Телефоны Участника  |  |
|  | Адрес электронной почты Участника  |  |
|  | Фамилия, имя и отчество, дата рождения руководителя Участника, имеющего право подписи согласно учредительным документам, с указанием должности и контактного телефона (приложить копию паспорта) |  |
|  | Фамилия, имя и отчество ответственного лица Участника Запроса предложений с указанием должности и контактного телефона |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, М.П.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество подписавшего, должность)