

**СПЕЦИФИКАЦИЯ УСЛУГ,
ПРОВОДИМЫХ ПО ОМС В ООО «ЮНИМ»**

Код	Наименование услуги
29001	Биопсия 1-й категории сложности без дополнительных методов исследования
29002	Биопсия 2-й категории сложности без дополнительных методов исследования
29003	Биопсия 3-й категории сложности без дополнительных методов исследования
29004	Биопсия 4-й категории сложности без дополнительных методов исследования
29005	Биопсия 5-й категории сложности без дополнительных методов исследования
29006	Гистологическое исследование одного тканевого фрагмента биопсийного (операционного и диагностического) материала с применением дополнительных гистологических и/или гистохимических окрашиваний, а также декальцинации
29007	Иммуногистохимическое исследование одного тканевого фрагмента биопсийного (операционного и диагностического) материала с постановкой одной иммунологической реакцией
29020	Иммуногистохимический тест (PD-L1)
29021	Иммуногистохимический тест (ALK)
29022	Иммуногистохимический тест (Her2)

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ:

1. Документ, удостоверяющий личность (ксерокопия 2, 3 страницы паспорта и прописки; временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта; свидетельство о рождении для детей до 14 лет и документ законного представителя ребенка).
2. Страховой полис обязательного медицинского страхования (ксерокопии двух сторон).
3. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) (для иностранных граждан и лиц без гражданства – при наличии).
4. Выписка из медицинской документации, выданная медицинской организацией, в которой наблюдается или ранее получал лечение пациент (для исследования).
5. Направление из медицинских организаций по форме 057/у или органов управления здравоохранением, которое должно содержать:
 - исходящий номер и дату выдачи;
 - наименование медицинской организации, в которой проводится исследование (ООО «ЮНИМ»);
 - цели направления (консультация, обследование, госпитализация);
 - диагноз с обоснованием;
 - четко указанное исследование, на которое дано направление (ИГХ или гистологическое исследование);
 - домашний адрес, номер страхового медицинского полиса;
 - адрес медицинской организации, телефон;
 - подпись ответственного лица (расшифровка фамилии);
 - печати организации, врача и заведующего.
6. **ОБЯЗАТЕЛЬНО!** пациент заполняет согласие на обработку персональных данных в 2 подписанных экземплярах.