

დაზღვევის პირობები

1. შესყიდვის ობიექტი: ჯანმრთელობის დაზღვევის მომსახურება.

დაზღვეულთა რაოდენობა – არაუმეტეს 50 პერსონა.

მომსახურების გაწევის ვადები – ხელშეკრულების გაფორმებიდან 2023 წლის 31 დეკემბრის ჩათვლით.

აუცილებელი პირობა:

ა. ასაკობრივი ზღვარი – ულიმიტო;

ბ. ხელშეკრულების მოქმედების მთელი ვადის განმავლობაში თანამშრომლების (რაოდენობის მიუხედავად), იგივე პირობებით დამატების და გამოკლების შესაძლებლობა.

გ. სადაზღვევო პრემია ერთ თანამშრომელზე (ინდივიდუალური პაკეტი) თვეში დაანგარიშებული უნდა იყოს ტენდერის სავარაუდო ღირებულების, თვეების (არაუმეტეს 9 თვე) და თანამშრომელთა რაოდენობის გათვალისწინებით. (შემოთავაზებული ინდივიდუალური პოლისების პრემია უნდა მოიცავდეს მომსახურების სრულყოფილად გაწევასთან დაკავშირებულ ყველა ხარჯსა და კანონმდებლობით გათვალისწინებულ გადასახადებს, მათ შორის სადაზღვევო პოლისების დამზადების ან/დასადაზღვევო კომპანიის დაზღვეულების პლატფორმაზე აქტივაციის ღირებულებას. ხარჯები, რომლებიც სატენდერო წინადადების ფასში არ იქნება გათვალისწინებული, არ დაექვემდებარება ანაზღაურებას.

დ. დაზღვეულ პირს უნდა ჰქონდეს პროვაიდერი და არაპროვაიდერი კლინიკების, მათ შორის ამბულატორიული, ჰოსპიტალური და სტომატოლოგიური კლინიკის არჩევის თავისუფლება.

ე. მოთხოვნის შემთხვევაში უნდა მოხდეს ფორმა N 100ა-ს მომზადება და გაცემა მოთხოვნიდან ორი სამუშაო დღის ვადაში;

ვ. მიმწოდებელს უნდა ჰყავდეს ინგლისურის მცოდნე ოჯახის ექიმები და ვიწრო პროფილის სპეციალისტები თბილისში და რეგიონების მთავარ ქალაქებში. (რეგიონებში ინგლისური ენის მცოდნე ექიმების არ არსებობის შემთხვევაში სადაზღვევო კომპანიის წარმომადგენლებმა უნდა უზრუნველყოს ექიმსა და მოხალისე უცხოელ მასწავლებელს შორის ინგლისურენოვანი კომუნიკაცია

2. შემოთავაზებული პაკეტი უნდა მოიცავდეს არანაკლებ შემდეგ მომსახურებებს“

დასახელება	დაფარვა	ლიმიტი (ლარი)
ასისტანსი	100%	ულიმიტო
პირადი ექიმის მომსახურება	100%	ულიმიტო
სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება	100%	ულიმიტო

პროფილაქტიკური კვლევები		100%	წელიწადში ორჯერ
ჰოსპიტალური მომსახურება	გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება უბედური შემთხვევის გამო	100%	12 000
	გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება	100%	12 000
	გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება	100%	10 000
კარდიოლოგია		100%	7 000
დღის ჰოსპიტალური მომსახურება	გადაუდებელი	100%	7 000
	გეგმიური	60%	
სტენტი/ენდოპროტეზი/დამხმარე საშუალებები/მაკორეგირებელი საშუალებები/შიდა საფიქსაციო საშუალებები		100%	1 500
ონკოლოგია		100%	7 000
ორსულობა/მშობიარობა		100%	1 200
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება		100%	ულიმიტო
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება		80%	2 500
მედიკამენტები		70%	2 500
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება		100%	ულიმიტო
გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება	პროვაიდერ კლინიკებში	60%	2 500
	არაპროვაიდერ კლინიკებში	30%	600
სამოგზაურო დაზღვევა - 50 000 აშშ დოლარი/ევრო (ვრცელდება მხოლოდ თანამშრომლებზე)		30 დღე (სადაზღვევო პერიოდი)	
უბედური შემთხვევის დაზღვევა - გარდაცვალება (ვრცელდება მხოლოდ 65 წლამდე)		4 000	

4. ტექნიკური მოთხოვნები:

ა) პრეტენდენტს უნდა ქონდეს პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებების ფართო ქსელი, როგორც თბილისში, ასევე საქართველოს შემდეგ რეგიონებში: აჭარა, გურია, იმერეთი, კახეთი, სამეგრელო - ზემო სვანეთი, სამცხე ჯავახეთი, ქვემო ქართლი, შიდა ქართლი, რაჭა. აღნიშნულ რეგიონების რაიონულ ცენტრებში პრეტენდენტს უნდა ყავდეს ოჯახის ექიმებიც, (თუ რომელიმე რაიონულ ცენტრში არ არის ოჯახის ექიმი, მიმწოდებელმა სასურველია უზრუნველყოს დაზღვეული პირის ვიზიტის ორგანიზება უახლოეს რაიონულ ცენტრში არსებულ ოჯახის ექიმთან)

ბ) პრეტენდენტს უნდა ქონდეს სადაზღვევო კომპანიის პროვაიდერი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ფართო ქსელი.

ტერმინთა განმარტება

1. „ასისტანსი“

უნდა ითვალისწინებდეს 24 საათიან სატელეფონო კონსულტაციას, დაზღვეულისთვის დაზღვევასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდებას და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას, კერძოდ, პირად ექიმთან ვიზიტის დაგეგმვას და სასწრაფო სამედიცინო ბრიგადის გამოძახებას.

2. პირადი ექიმის მომსახურება

უნდა ითვალისწინებდეს პირადი ექიმის მიერ დაზღვეულ პირთა კონსულტაციას და ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგს, სამედიცინო ჩვენებისას მიმართვის გაცემას დამატებითი კონსულტაციების და/ან გამოკვლევების ჩასატარებლად, მკურნალობის დანიშვნას, მიმართვის გაცემას პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელში, მკურნალობის ტაქტიკის შეთანხმებას კონკრეტული პროფილის სპეციალისტებთან, ბიულეტენის გაცემას;

2.1. მომსახურების მიღების სქემა:

2.1.1. პირადი ექიმის მომსახურების მისაღებად დაზღვეული უკავშირდება „ასისტანს“-ს და ათანხმებს ექიმთან ვიზიტის დროს ან/და სადაზღვევო კომპანიის დაზღვეულთა პლატფორმაზე თავად ახდენს ექიმის შერცევას და ვიზიტის ჩანიშვნას.

3. სასწრაფო სამედიცინო მომსახურება

უნდა ითვალისწინებდეს დაზღვეულისთვის, პროვაიდერი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ, სასწრაფო სამედიცინო დახმარების აღმოჩენის და ჩვენების შესაბამისად საქართველოს ტერიტორიაზე ტრანსპორტირების ხარჯების ჩათვლით.

3.1. მომსახურების მიღების სქემა:

3.1.1. დაზღვეული ან სხვა დაინტერესებული პირი უკავშირდება „ასისტანს“-ს. საჭიროების შემთხვევაში „ასისტანსი“ უზრუნველყოფს დაზღვეულისათვის სასწრაფო სამედიცინო ბრიგადის გამოძახებას. ასეთ შემთხვევებში, დაზღვეულმა ან სხვა პირმა სასწრაფოს ბრიგადას უნდა წარუდგინოს დაზღვეულის სადაზღვევო ბარათი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი. ასეთ შემთხვევაში დაზღვეული თავისუფლდება სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გადახდისაგან;

3.1.2. დაზღვეული ან სხვა დაინტერესებული პირი უფლებამოსილი უნდა იყოს თავად დაუკავშირდეს პროვაიდერ სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადას. დაზღვეული თავად იხდის სამედიცინო მომსახურების სრულ ღირებულებას და შემდეგ ასანაზღაურებლად მიმართავს მზღვეველს. ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 50 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი ან პლატფორმაზე ატვირთული ან/და ელექტრონულ ფოსტაზე გადაგზავნილი უნდა იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

3.1.2.1. სადაზღვევო ბარათი;

3.1.2.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

- 3.1.2.3. მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ხელმოწერით დამოწმებული ჩატარებული მომსახურების დამადასტურებელი სამედიცინო დოკუმენტაცია;
- 3.1.2.4. გადახდის დამადასტურებელი ფინანსური დოკუმენტაცია, რომელიც წარმოადგენს ფინანსთა სამინისტროს მიერ დადგენილი ფორმით სტამბური სქემით დაბეჭდილ ჩეკთან გათანაბრებულ დოკუმენტს ან საბუთს, სადაც მოცემულია მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია.

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა მოხდეს ანაზღაურების გაცემა უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. 500 (ხუთასი) ლარზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

ელექტრონულად გადაგზავნილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში დაზღვეული ვალდებულია, ორიგინალი დოკუმენტაცია შეინახოს არაუმეტეს 6 (თვე) თვის განმავლობაში.

4. დაავადებათა პროფილაქტიკა

უნდა ითვალისწინებდეს სამედიცინო ჩვენების გარეშე პირადი ექიმის კონსულტაციას. პირადი ექიმის მიმართვით სისხლის საერთო ანალიზს, შარდის საერთო ანალიზს, ე.კ.გ.-ს, გლუკოზის დონის განსაზღვრას სისხლში, პროთრომბინის დონის განსაზღვრას სისხლში, ერთი რომელიმე სისტემის ექოსკოპიას, ერთი რომელიმე სპეციალისტის კონსულტაციას, თირეოტროპული ჰორმონის (TSH) განსაზღვრას.

4.1. მომსახურების მიღების სქემა:

მომსახურების მისაღებად, დაზღვეული უკავშირდება „ასისტანს“-ს პირად ექიმთან ვიზიტის ორგანიზებისათვის, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულს მიმართვით წინამდებარე პირობებით გათვალისწინებულ გამოკვლევებზე. აღნიშნული მომსახურებით სარგებლობა შესაძლებელი უნდა იყოს თბილისში და რეგიონში პირადი ექიმის დისლოკაციის ადგილებში, სადაც დაზღვეულს გახსნილი აქვს ისტორია. ამასთან, ასევე შესაძლებელი უნდა იყოს პირად ექიმთან დისტანციური კონსულტაციის საფუძველზე ელექტრონული მიმართვით სარგებლობა აღნიშნული სერვისისათვის პირადი ექიმის დისლოკაციის ადგილებში, სადაც დაზღვეულს გახსნილი აქვს ისტორია.

5. ჰოსპიტალური მომსახურება

უნდა ითვალისწინებდეს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, სამედიცინო ჩვენებით, ექიმის მიერ დანიშნული ქირურგიული და კონსერვატიული მკურნალობის (დიაგნოსტიკური ღონისძიებები, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა, მედიკამენტები (პოსტ-ოპერაციული მედიკამენტების გარდა), პარენტერალური და ენტერალური კვების, სტანდარტული, რეანიმაციული და/ან ინტენსიური პალატა) სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება, რომელიც დაზღვეულს გაეწევა ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში.

5.1. ჰოსპიტალური მომსახურება უნდა მოიცავდეს:

- 5.1.1. ჰოსპიტალურ მომსახურებას უბედური შემთხვევის გამო - უნდა ითვალისწინებდეს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში მხოლოდ გარეშე ძალის (ფიზიკური, მექანიკური, თერმული, ქიმიური) ზემოქმედების შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებული იმ ღონისძიებების ერთობლიობის დაფინანსებას,

რომლის დროში გადავადების პირობებში გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი ან მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება და რომლის დროსაც დაზღვეულის დაყოვნება კლინიკაში სამედიცინო ჩვენებით აღემატება 1 საწოლდღეს.

- 5.1.2. **გადაუდებელ ჰოსპიტალურ მომსახურებას** - რომელიც უნდა ითვალისწინებდეს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებიდან გამომდინარე იმ ღონისძიებების ერთობლიობის დაფინანსებას, რომლის დროში გადავადების პირობებში გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი ან მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება და რომლის დროსაც დაზღვეულის დაყოვნება კლინიკაში სამედიცინო ჩვენებით აღემატება 1 საწოლდღეს. ამასთან, აღნიშნული მომსახურებით უნდა იფარებოდეს ისეთი მომსახურებები, რომელიც ანაზღაურებადია დაზღვევის პირობებით/გამონაკლისებით და არ უნდა ხვდება კარდიოლოგიის, ონკოლოგიისა და დღის ჰოსპიტალური მომსახურების ჩამონათვალში.
- 5.1.3. **გეგმიურ ჰოსპიტალურ მომსახურებას** - უნდა ითვალისწინებდეს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების ღირებულების სამედიცინო ხარჯები დაფინანსებას, რომელიც ანაზღაურებადია დაზღვევის პირობებით/გამონაკლისებით და არ ხვდება კარდიოლოგიის, ონკოლოგიისა და დღის ჰოსპიტალური მომსახურების ჩამონათვალში და რომლის დროსაც დაზღვეულის დაყოვნება კლინიკაში სამედიცინო ჩვენებით აღემატება 1 საწოლდღეს.
- 5.1.4. **კარდიოლოგიას** - რომელიც უნდა ითვალისწინებდეს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, გეგმიური და გადაუდებელი კარდიოქირურგიული, გეგმიური და გადაუდებელი ინტერვენციული კარდიოლოგიური მომსახურების, გეგმიური და გადაუდებელი ჩარევების/მანიპულაციების დაფინანსებას. აღნიშნული მომსახურებით იფარება ზემოთაღნიშნული შემთხვევები, რომლის დროსაც დაზღვეულის დაყოვნება კლინიკაში სამედიცინო ჩვენებით შეიძლება შეადგენდეს ან აღემატებდეს 1 საწოლდღეს. აღნიშნული ლიმიტიდან, ამ მომსახურებისათვის სადაზღვევო ბარათით დადგენილი თანაგადახდის გათვალისწინებით დაიფარება შემდგომი გართულებების სამედიცინო მომსახურების ხარჯებიც (იგულისხმება, როგორც დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, ასევე, გაწერის შემდგომ განვითარებული გართულებები მიუხედავად იმისა, ამ გართულებებით გამოწვეული მდგომარეობები იქნება გადაუდებელ ჰოსპიტალურ, თუ ამბულატორიულ პირობებში გაწეული). ამასთან კორონაროგრაფია, რომელსაც არ მოყვება სტენტირება უნდა ანაზღაურდეს ამბულატორიისათვის გათვალისწინებული ლიმიტიდან, შესაბამისი თანაგადახდის გათვალისწინებით.
- 5.1.5. **დღის ჰოსპიტალურ მომსახურება** - უნდა ითვალისწინებდეს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, სამედიცინო დაწესებულებაში დაყოვნების მიუხედავად, მხოლოდ პოზიტიური სიით განსაზღვრულ გეგმიურ და გადაუდებელ (დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებიდან გამომდინარე იმ ღონისძიებების ერთობლიობის დაფინანსებას, რომლის დროში გადავადების პირობებში გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი ან მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება) ჩარევებს/მანიპულაციებს/ქირურგიული ოპერაციების სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფინანსებას და ასევე ამ პოზიტიური სიის მიღმა არსებულ ისეთ შემთხვევებს, რომლის დროსაც დაზღვეულის დაყოვნება სამედიცინო ჩვენებით არ აღემატება 1 საწოლდღეს.
- 5.1.5.1. **გინეკოლოგია:**
 - 5.1.5.1.1. პოლიპექტომია;
 - 5.1.5.1.2. ოპერაციები/მანიპულაციები საშვილოსნოს ყელზე;

- 5.1.5.1.3. სამკურნალო ჰისტეროსკოპია/ჰისტერორეზექტოსკოპია;
- 5.1.5.1.4. აბლაცია;
- 5.1.5.1.5. ბართოლინის ჯირკვლის ამოკვეთა და დრენაჟი;
- 5.1.5.1.6. კისტის ამოკვეთა;
- 5.1.5.1.7. ლაპარასკოპიული კისტექტომია, ოვარექტომია, სალპინგექტომია, ადნექსექტომია;
- 5.1.5.1.8. ენდომეტრიოზთან და ადენომიოზთან დაკავშირებული მანიპულაციების/ჩარევების/ქირურგიული მკურნალობა.

5.1.5.2. ოტორინოლარინგოლოგია:

- 5.1.5.2.1. ადენოიდექტომია;
- 5.1.5.2.2. ტონზილექტომია;
- 5.1.5.2.3. ადენოტონზილექტომია;
- 5.1.5.2.4. ნაზალური პოლიპექტომია;
- 5.1.5.2.5. ცხვირის ძგიდის რეზექცია;
- 5.1.5.2.6. ნიჟარების დეზინტეგრაცია;
- 5.1.5.2.7. კონხოტომია
- 5.1.5.2.8. ქრონიკული სინუსიტი - ენდოსკოპიური ოპერაცია;
- 5.1.5.2.9. მირინგოტომია;
- 5.1.5.2.10. ჰაიმოროტომია
- 5.1.5.2.11. სექტოპლასტიკა.

5.1.5.3. ოფთალმოლოგია:

- 5.1.5.3.1. კატარაქტას ოპერაცია;
- 5.1.5.3.2. ლაკრიმალური ჯირკვლის დრენაჟი;
- 5.1.5.3.3. ენტროპიონის/ექტროპიონის ოპერაცია;
- 5.1.5.3.4. კერატოპლასტიკა;
- 5.1.5.3.5. ლაზერო/ფოტოკოაგულაცია;
- 5.1.5.3.6. ენუკლეაცია/ევისცერაცია;
- 5.1.5.3.7. ფტერიგეუმის ამოკვეთა;
- 5.1.5.3.8. გუგის პლასტიკა;
- 5.1.5.3.9. დაკრიოცისტორინოსტომია;
- 5.1.5.3.10. დაკრიოცისტექტომია;
- 5.1.5.3.11. ვიტრექტომია;
- 5.1.5.3.12. სკლერის პლომბირება;
- 5.1.5.3.13. ინტრასტრომალური რკალების იმპლანტაცია;
- 5.1.5.3.14. გამჭოლი კერატოპლასტიკა;
- 5.1.5.3.15. YAG ლაზერული ქირურგია;
- 5.1.5.3.16. ოპერაციები საცრემლე არხზე;
- 5.1.5.3.17. ოპერაციები რქოვანაზე.

5.1.5.4. გასტროენტეროლოგია:

- 5.1.5.4.1. ფიზურექტომია;
- 5.1.5.4.2. პოლიპექტომია სწორი ნაწლავიდან;
- 5.1.5.4.3. პაპილოტომია/სფინქტეროტომია;

- 5.1.5.4.4. ვარიკოზული ვენების (კუჭის, საყლაპავის) ლიგირება;
- 5.1.5.4.5. გასტროსტომია;
- 5.1.5.4.6. პოლიპექტომია;
- 5.1.5.4.7. ელექტროკოაგულაციები;
- 5.1.5.4.8. პაპილოსფინქტეროტომია;
- 5.1.5.4.9. ლაპაროცენტეზი;
- 5.1.5.4.10. ლაპარასკოპიული ქოლეცისტექტომია;
- 5.1.5.4.11. დერმოიდული/პილონიდალური კისტის დრენირება და/ან ამოკვეთა.
- 5.1.5.5. **გენიტოურინარული ტრაქტი:**
- 5.1.5.5.1. ტროაკარული ეპიცისტოსტომია;
- 5.1.5.5.2. ლითოტრიფსია;
- 5.1.5.5.3. ჰიდროცელესთან/ ვარიკოცელესთან დაკავშირებული ოპერაციები/მანიპულაციები;
- 5.1.5.5.4. ფიმოზთან დაკავშირებული ქირურგია;
- 5.1.5.5.5. ორქიექტომია;
- 5.1.5.5.6. ორქიოპექსია;
- 5.1.5.5.7. ეპიდიდიმექტომია;
- 5.1.5.5.8. კენჭის ენდოსკოპიური ამოღება;
- 5.1.5.5.9. ცისტოლითოტომია;
- 5.1.5.5.10. პერკუტანული ლაპაქსია;
- 5.1.5.5.11. შარდსაწვეთისა ან/და შარდის ბუშტის კათეტერიზაცია/სტენტირება;
- 5.1.5.5.12. ლაზერული და ოპტიკური ქირურგია.
- 5.1.5.6. **მამოლოგია:**
- 5.1.5.6.1. კისტების ამოკვეთა.
- 5.1.5.7. **ყბა-სახის ქირურგია:**
- 5.1.5.7.1. ჰამორის ღრუში შემავალი კისტის ამოკვეთა;
- 5.1.5.7.2. ქვედა ყბის არხში ჩაზრდილი კისტის ამოკვეთა;
- 5.1.5.7.3. სუბპერიოსტალური აბსცესის გაკვეთა;
- 5.1.5.7.4. პერიოსტიტის ოპერაციული მკურნალობა;
- 5.1.5.7.5. ცისტექტომია;
- 5.1.5.7.6. ანთებადი ინფილტრატის, აბსცესის გახსნა;
- 5.1.5.7.7. ალვეოლიტის მკურნალობა გამოფხეკის გზით.
- 5.1.5.8. **ქირურგია შერეული:**
- 5.1.5.8.1. რბილი ქსოვილების კისტების და აბსცესების ამოკვეთა და/ან დრენირება;
- 5.1.5.8.2. ქვემო კიდურის ვარიკოზული ვენების სტრიპინგი ან ლიგაცია, ფლებექტომია;
- 5.1.5.8.3. სამკურნალო მიზნით ლიმფური კვანძების ამოკვეთა
- 5.1.5.8.4. აბლაცია;
- 5.1.5.8.5. თორაკოცენტეზი;
- 5.1.5.8.6. სანაღვლე გზების დრენირება რენიმაციის მონიტორინგით;
- 5.1.5.8.7. კანის აბსცესებთან, ფლეგმონასთან, ფურუნკულთან, კარბუნკულებთან დაკავშირებული ოპერაციები/მანიპულაციები.
- 5.1.5.9. **ორთოპედია, ტრავმატოლოგია:**
- 5.1.5.9.1. მეტალოკონსტრუქციის ამოღება;
- 5.1.5.9.2. ლაპარასკოპიული ართროსკოპია/ლაპარასკოპიული მენისკექტომია.

ამასთან, აღნიშნული ლიმიტიდან, ამ მომსახურებისათვის სადაზღვევო ბარათით დადგენილი თანაგადახდის გათვალისწინებით უნდა იფარებოდეს აღნიშნული ჩარევების/მანიპულაციების/ქირურგიული ოპერაციების შემდგომი გართულებების სამედიცინო მომსახურების ხარჯებიც (იგულისხმება, როგორც დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, ასევე, გაწერის შემდგომ განვითარებული გართულებები მიუხედავად იმისა, ამ გართულებებით გამოწვეული მდგომარეობები იქნება გადაუდებელ ჰოსპიტალურ, თუ ამბულატორიულ პირობებში გაწეული).

შენიშვნა: აღნიშნული მომსახურებიდან არ უნდა დაიფაროს არცერთი ჩარევა/მანიპულაცია/ქირურგიული ოპერაცია, რომელიც საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10-ე გადახედვით (ICD-10) განსაზღვრულია, როგორც კეთილთვისებიანი ან ავთვისებიანი ონკოლოგიური პრობლემატიკა.

5.2. მომსახურების მიღების სქემა:

5.2.1. ჰოსპიტალური მომსახურებისას უბედური შემთხვევის გამო, გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურებისას, გადაუდებელი დღის ჰოსპიტალური მომსახურებისა და გადაუდებელი კარდიოლოგიური მომსახურებისას - დაზღვეული, ან სხვა დაინტერესებული პირი, 48 საათის განმავლობაში უკავშირდება „ასისტანს“-ს (როგორც პროვაიდერ, ასევე არაპროვაიდერ კლინიკაში მიმართვის შემთხვევაში), გარდა ობიექტური გარემოებების გამო შეტყობინების დაგვიანებისა, როდესაც სამედიცინო დაწესებულების მიერ ვერ ხდება დაზღვეული პირის იდენტიფიცირება ან დაზღვეული იმყოფება ისეთ მდგომარეობაში, რომ შეტყობინების გაკეთება შეუძლებელია ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე. შეტყობინება უნდა მოიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას: **დაზღვეულის სახელი და გვარი, სადაზღვევო ბარათის ნომერი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის დრო, წინასწარი დიაგნოზი.**

5.2.1.1. მზღვეველის პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში შეტყობინების საფუძველზე მიმართვისას, დაზღვეული უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შესაბამის სტაციონარში მომსახურებით სადაზღვევო პოლისში მითითებული ლიმიტის/თანაგადახდის ფარგლებში.

5.2.1.2. არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, ასევე შეტყობინების გარეშე მიღებული მომსახურების შემთხვევაში როგორც პროვაიდერ ისე არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდგომ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს. შეტყობინების გარეშე მიღებული მომსახურებისას პროვაიდერ კლინიკაში ანაზღაურდება განხორციელებული მზღვეველის მიერ შესყიდული ღირებულებით, არაპროვაიდერში კი სადაზღვევო ბარათით გათვალისწინებული ლიმიტებისა და თანაგადახდების ფარგლებში ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუგვიანეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღისა სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

5.2.1.2.1. სადაზღვევო ბარათი;

- 5.2.1.2.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- 5.2.1.2.3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100/ა;
- 5.2.1.2.4. მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია;
- 5.2.1.2.5. თანხის მიმღები დაწესებულების სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა მოხდეს ანაზღაურების გაცემა უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. 500 (ხუთასი) ლარზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდი ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

ელექტრონულად გადაგზავნილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში დაზღვეული ვალდებულია, ორიგინალი დოკუმენტაცია შეინახოს არაუმეტეს 6 (თვე) თვის განმავლობაში.

5.2.2. გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურებისას, გეგმიური დღის ჰოსპიტალური მომსახურებისა და გეგმიური კარდიოლოგიური მომსახურებისას:

- 5.2.2.1. მზღვეველის პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, დაზღვეული უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შესაბამის სტაციონარში მომსახურებით სადაზღვევო პოლისში მითითებული ლიმიტის/თანაგადახდის ფარგლებში. მომსახურების მიღებამდე 5 (ხუთი) სამუშაო დღით ადრე დაზღვეულმა უნდა წარუდგინოს სადაზღვევო კომპანიას სრულყოფილი დოკუმენტაცია, რის საფუძველზეც თუ სამედიცინო მომსახურების ღირებულება არ აღემატება 1 000 (ათასი) ლარს მზღვეველის მიერ საგარანტიო წერილი უნდა გაიცეს არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღის განმავლობაში, ხოლო თუ სამედიცინო მომსახურების ღირებულება აღემატება ან ტოლია 1 000 (ათასი) ლარის მზღვეველის მიერ საგარანტიო წერილი უნდა გაიცეს არაუმეტეს 5 (ხუთი) სამუშაო დღის ვადაში.
- 5.2.2.2. საგარანტიო წერილის მისაღებად დაზღვეულმა ან მისმა წარმომადგენელმა მზღვეველს უნდა წარუდგინოს:
 - 5.2.2.2.1. სადაზღვევო ბარათი;
 - 5.2.2.2.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
 - 5.2.2.2.3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100/ა;
 - 5.2.2.2.4. სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;
- 5.2.2.3. არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, ასევე წინასწარი დოკუმენტაციის წარმოდგენის გარეშე მიღებული მომსახურების შემთხვევაში პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდგომ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს

მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

- 5.2.2.3.1. სადაზღვევო ბარათი;
- 5.2.2.3.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- 5.2.2.3.3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100/ა;
- 5.2.2.3.4. მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია;
- 5.2.2.3.5. თანხის მიმღები დაწესებულების სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა მოხდეს ანაზღაურების გაცემა უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. 500 (ხუთასი) ლარზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

6. ონკოლოგია

უნდა ითვალისწინებდეს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებისას საერთაშორისო კლასიფიკაციის მე-10-ე გადახედვით (ICD-10) განსაზღვრული, როგორც კეთილთვისებიანი, ასევე ავთვისებიანი ონკოლოგიური პრობლემატიკის გადაუდებელ და გეგმიური ქირურგიული მკურნალობის (მედიკამენტები, დიაგნოსტიკური ღონისძიებები, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობა, პარენტერალური და ენტერალური კვების, სტანდარტული, რეანიმაციული და/ან ინტენსიური პალატა), მანიპულაციების, დიაგნოსტიკის, ქიმიო, რადიო და სხივური მკურნალობის, აგრეთვე, ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევებისა და მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას. აღნიშნული ლიმიტიდან, ამ მომსახურებისათვის სადაზღვევო ბარათით დადგენილი თანაგადახდის გათვალისწინებით დაიფარება გართულებების სამედიცინო მომსახურების ხარჯებიც (იგულისხმება, როგორც დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, ასევე, გაწერის შემდგომ განვითარებული გართულებები მიუხედავად იმისა, ამ გართულებებით გამოწვეული მდგომარეობები იქნება გადაუდებელ ჰოსპიტალურ, თუ ამბულატორიულ პირობებში გაწეული).

6.1. მომსახურების მიღების სქემა:

6.1.1. ონკოქირურგიის შემთხვევაში, რადიო და სხივური თერაპიისა და ქიმიოთერაპიის შემთხვევაში:

- 6.1.1.1. მზღვეველის პროვადერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, დაზღვეული უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შესაბამის სტაციონარში მომსახურებით სადაზღვევო პოლისში მითითებული ლიმიტის/თანაგადახდის ფარგლებში. მომსახურების მიღებამდე 5 (ხუთი) სამუშაო დღით ადრე

დაზღვეულმა უნდა წარუდგინოს სადაზღვევო კომპანიას სრულყოფილი დოკუმენტაცია, რის საფუძველზეც თუ სამედიცინო მომსახურების ღირებულება არ აღემატება 1 000 (ათასი) ლარს მზღვეველის მიერ საგარანტიო წერილი უნდა გაიცეს არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღის განმავლობაში, ხოლო თუ სამედიცინო მომსახურების ღირებულება აღემატება ან ტოლია 1 000 (ათასი) ლარის მზღვეველის მიერ საგარანტიო წერილი უნდა გაიცეს არაუმეტეს 5 (ხუთი) სამუშაო დღის ვადაში.

6.1.1.1.1. სადაზღვევო ბარათი;

6.1.1.1.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

6.1.1.1.3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100/ა;

6.1.1.1.4. სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;

6.1.1.2. არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, ასევე წინასწარი დოკუმენტაციის წარმოდგენის გარეშე მიღებული მომსახურების შემთხვევაში პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდგომ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

6.1.1.2.1. სადაზღვევო ბარათი;

6.1.1.2.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

6.1.1.2.3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100/ა;

6.1.1.2.4. მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია;

6.1.1.2.5. თანხის მიმღები დაწესებულების სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა მოხდეს ანაზღაურების გაცემა უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. 500 (ხუთასი) ლარზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდი ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

7. ორსულობა

უნდა ითვალისწინებდეს ორსულობასთან და მის გართულებასთან დაკავშირებული გეგმიური და გადაუდებელი სამედიცინო მომსახურებების (ექიმის კონსულტაცია, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები, ორსულობის ტერმინაცია სამედიცინო ჩვენებით, ორსულობის გართულებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა, მანიპულაციები, მედიკამენტები, როგორც ამბულატორიული, ისე ჰოსპიტალური მომსახურებისას) დაფინანსებას. **აღნიშნული დაფარვა ანაზღაურდება სრულად სადაზღვევო პოლისში მითითებული ლიმიტის/თანაგადახდის ფარგლებში.**

7.1. მომსახურების მიღების სქემა:

7.1.1. პირადი ექიმების ჩართულობით მომსახურების მისაღებად, დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პირადი ექიმის დისლოკაციის ადგილებში და პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. პირადი ექიმის მიმართვით პირადი ექიმის დისლოკაციის ადგილას და პროვაიდერ კლინიკაში (მიმართვის, სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის შემთხვევაში), დაზღვეული იხდის სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებულ მხოლოდ მის წილ თანხას (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

დაზღვეულს ასევე უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა ისარგებლოს დისტანციურად პირადი ექიმის მომსახურებით, დაზღვეული უკავშირდება პირად ექიმს, რომელიც ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პირადი ექიმის დისლოკაციის ადგილებში და პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. პირადი ექიმის მიმართვით პირადი ექიმის დისლოკაციის ადგილას და პროვაიდერ კლინიკაში (მიმართვის, სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის შემთხვევაში).

თუ დაზღვეულს აქვს უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული (ექიმის ტიტულოვანი ფურცელი) დიაგნოზი და დანიშნულება ან/და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100 მომსახურების მიღებამდე 1 სამუშაო დღით ადრე დაზღვეული აგზავნის მოთხოვნას ელექტრონულად ელ.ფოსტაზე ან წარადგენს სადაზღვევო კომპანიაში. მზღვეველი უზრუნველყოფს კონკრეტულ პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებისათვის მიმართვის მომზადებას ან/და ელექტრონული მიმართვის გადაგზავნას.

7.1.2. თავისუფალი არჩევანი - პირადი ექიმის და/ან ელექტორნული მიმართვის გარეშე, როგორც პროვაიდერ ასევე არაპროვაიდერ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს. პროვაიდერ კლინიკაში მიმართვის გარეშე მიღებული მომსახურება ანაზღაურდება თავისუფალი არჩევანისათვის განკუთვნილი თანაგადახდის პროცენტით.

ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

7.1.2.1. სადაზღვევო ბარათი;

7.1.2.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

- 7.1.2.3. ლიცენზირებული ექიმის მიერ დანიშნული და ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100 ან უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული (ექიმის ტიტულოვანი ფურცელი) დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა)
- 7.1.2.4. თანხის მიმღები დაწესებულების სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა მოხდეს ანაზღაურების გაცემა უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. 500 (ხუთასი) ლარზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

ელექტრონულად გადაგზავნილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში დაზღვეული ვალდებულია, ორიგინალი დოკუმენტაცია შეინახოს არაუმეტეს 6 (თვე) თვის განმავლობაში.

8. მშობიარობა

უნდა ითვალისწინებდეს ფიზიოლოგიურ მშობიარობასთან, სამედიცინო ჩვენებით/ჩვენების გარეშე საკეისრო კვეთასთან, აგრეთვე მათ გართულებებთან, ლოგინობის ხანის გართულებებთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების (მედიკამენტები, მანიპულაციები, გაუტკივარება, პალატა (სტანდარტული/არასტანდარტული, რეანიმაციული, ინტენსიური პალატა), კვება, ექიმის ჰონორარი) სამედიცინო მომსახურების ხარჯების დაფინანსებას. ამასთან, აღნიშნული მომსახურებით გათვალისწინებული დაფარვისა და ლიმიტის ფარგლებში უნდა განხორციელდეს მშობიარობასთან და/ან მის შემდგომ გართულებებთან დაკავშირებული (როგორც დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან გაწერამდე, ასევე, გაწერის შემდგომ განვითარებული გართულებები) მდგომარეობების დაფინანსება, მიუხედავად იმისა, ამ გართულებებით გამოწვეული მდგომარეობებისთვის საჭირო სამედიცინო დახმარება იქნება გადაუდებელ ჰოსპიტალურ, თუ ამბულატორიულ პირობებში გაწეული. გარდა მშობიარობის შემდგომი სეფსისის, მშობიარობის შემდგომი ატონიური სისხლდენისა და საშვილოსნოს გარე ორსულობისა, რომელიც დაფინანსდება ჰოსპიტალური მომსახურებისათვის გათვალისწინებული შესაბამისი ლიმიტიდან.

8.1. მომსახურების მიღების სქემა:

8.1.1. მზღვეველის პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, სამედიცინო დაწესებულებისთვის სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი მოწმობის წარდგენის საფუძველზე, დაზღვეული უზრუნველყოფილი უნდა იყოს შესაბამის სტაციონარში მომსახურებით სადაზღვევო პოლისში მითითებული ლიმიტის/თანაგადახდის ფარგლებში. საკეისრო კვეთის შემთხვევაში, საგარანტიო წერილის მისაღებად დაზღვეულმა ან მისმა წარმომადგენელმა მზღვეველს უნდა წარუდგინოს:

8.1.1.1. სადაზღვევო ბარათი;

8.1.1.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

8.1.1.3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100/ა;

8.1.1.4. სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;

გეგმიური საკეისრო კვეთის შემთხვევაში საგარანტიო წერილის მისაღებად, მომსახურების მიღებამდე 5 (ხუთი) სამუშაო დღით ადრე დაზღვეულმა/მისმა წარმომადგენელმა უნდა წარმოადგინოს ზემოთ აღნიშნული სრულყოფილი დოკუმენტაცია, რის საფუძველზეც თუ სამედიცინო მომსახურების ღირებულება არ აღემატება 1 000 (ათასი) ლარს მზღვეველის მიერ საგარანტიო წერილი უდა გაიცეს არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღის განმავლობაში, ხოლო თუ სამედიცინო მომსახურების ღირებულება აღემატება ან ტოლია 1 000 (ათასი) ლარის მზღვეველის მიერ საგარანტიო წერილი უნდა გაიცეს 5 (ხუთი) სამუშაო დღის ვადაში.

8.1.2. არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდგომ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

8.1.2.1. სადაზღვევო ბარათი;

8.1.2.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

8.1.2.3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100/ა;

8.1.2.4. მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია;

8.1.2.5. თანხის მიმღები დაწესებულების სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა მოხდეს ანაზღაურების გაცემა უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. 500 (ხუთასი) ლარზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

ელექტრონულად გადაგზავნილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში დაზღვეული ვალდებულია, ორიგინალი დოკუმენტაცია შეინახოს არაუმეტეს 6 (თვე) თვის განმავლობაში.

9. ამბულატორიული მომსახურება

უნდა ითვალისწინებდეს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებისას დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებულ იმ სამკურნალო/დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ერთობლიობას (სპეციალისტის კონსულტაცია, ინსტრუმენტული და ლაბორატორიული გამოკვლევები, მედიკამენტები (მხოლოდ გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისას ამბულატორიული ან

სტაციონარული მკურნალობისას), რომელიც დაზღვეულს გაეწევა ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც დაზღვეულის დაყოვნება არ აღემატება 1 საწოლდღეს და/ან არ იკავებს საწოლს.

9.1. ამბულატორიული მომსახურება უნდა მოიცავდეს:

9.1.1. გადაუდებელ ამბულატორიულ მომსახურება უნდა ითვალისწინებდეს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, შემთხვევის დადგომიდან არაუმეტეს 24 საათში, დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესებასთან დაკავშირებულ იმ ამბულატორიული ღონისძიებების ერთობლიობას, რომლის გადავადების პირობებში გარდაუვალია დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მნიშვნელოვანი გაუარესება, შრომის უნარის სრულად ან ნაწილობრივ შეზღუდვა და/ან სიკვდილი. აღნიშნული დაფარვა ასევე უნდა მოიცავდეს ანტირაბიული, ანტიტეტანური, ბოტულიზმის, ანტიგიურზინის სრული კურსის ვაქცინაციის დაფინანსებას; ამასთან, ნებისმიერი მაღალტექნოლოგიური კვლევა (კომპიუტერული ტომოგრაფია, მაგნიტურ-რეზონანსული კვლევა), რომლის ჩატარებაც საჭირო იქნება გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისათვის აღნიშნულის დაფარვა მოხდება გეგმიური ამბულატორიისათვის განსაზღვრული ლიმიტით და თანაგადახდით.

9.1.2. გეგმიურ ამბულატორიულ მომსახურება უნდა ითვალისწინებდეს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, სამედიცინო მომსახურების ღირებულების ხარჯების ანაზღაურებას სადაზღვევო პოლისში მითითებული ლიმიტის/თანაგადახდის ფარგლებში;

9.1.3. ექთნის მომსახურება ბინაზე უნდა ითვალისწინებდეს პოსტჰოსპიტალურად მკურნალი ექიმის მიერ დანიშნული ექთნის მიერ ბინაზე ჩატარებული სამკურნალო მანიპულაციების დაფინანსებას 2 კვირის განმავლობაში, გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების თანაგადახდის და ლიმიტის ფარგლებში.

9.2. მომსახურების მიღების სქემა:

9.2.1. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისა

9.2.1.1. დაზღვეული, ან სხვა დაინტერესებული პირი, 24 საათის განმავლობაში უკავშირდება „ასისტანს“-ს (როგორც პროვაიდერ, ასევე არაპროვაიდერ კლინიკაში მიმართვის შემთხვევაში), გარდა ობიექტური გარემოებების გამო შეტყობინების დაგვიანებისა, როდესაც სამედიცინო დაწესებულების მიერ ვერ ხდება დაზღვეულის იდენტიფიცირება ან დაზღვეული იმყოფება ისეთ მდგომარეობაში რომ შეტყობინების გაკეთება შეუძლებელია ჯანმრთელობის მდგომარეობიდან გამომდინარე. შეტყობინება უნდა მოიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას: **დაზღვეულის სახელი და გვარი, სადაზღვევო ბარათის ნომერი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვის დრო.** პროვაიდერ კლინიკაში დაზღვეული იხდის, სადაზღვევო ბარათით გათვალისწინებულ მხოლოდ თავის წილს (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

9.2.1.2. არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, ასევე შეტყობინების გარეშე მიღებული მომსახურების შემთხვევაში, როგორც პროვაიდერ, ისე არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდგომ ანაზღაურების მისაღებად

მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ანაზღაურებს სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

9.2.1.2.1. სადაზღვევო ბარათი;

9.2.1.2.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

9.2.1.2.3. საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100/ა;

9.2.1.2.4. მომსახურების დეტალური განფასება/კალკულაცია;

9.2.1.2.5. თანხის მიმღები დაწესებულების სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა გაიცეს ანაზღაურება უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. აღნიშნულ ოდენობაზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

10. ელექტრონულად გადაგზავნილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში დაზღვეული ვალდებულია, ორიგინალი დოკუმენტაცია შეინახოს არაუმეტეს 6 (თვე) თვის განმავლობაში.

10.1.1. გეგმიური ამბულატორიული მომსახურებისას

10.1.1.1. პირადი ექიმების ჩართულობით მომსახურების მისაღებად დაზღვეული მიმართავს პირად ექიმს, რომელიც ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში (მათ შორის გამონაკლისებში მითითებული დაავადებების დროს სადაზღვევო პოლისში განსაზღვრული დაფარვებისა და მითითებული პროვაიდერი კლინიკების შესაბამისად). პირადი ექიმის მიმართვით პროვაიდერ კლინიკაში (მიმართვის, სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის შემთხვევაში) დაზღვეული იხდის სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებულ მხოლოდ მის წილ თანხას (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

დაზღვეულს ასევე უნდა ჰქონდეს შესაძლებლობა ისარგებლოს დისტანციურად პირადი ექიმის მომსახურებით, დაზღვეული უკავშირდება პირად ექიმს, რომელიც ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პირადი ექიმის დისლოკაციის ადგილებში და პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. პირადი ექიმის მიმართვით პირადი ექიმის დისლოკაციის ადგილას და პროვაიდერ კლინიკაში (მიმართვის, სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის შემთხვევაში),

დაზღვეული იხდის სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებულ მხოლოდ მის წილ თანხას (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

მიმართვით სარგებლობა უნდა შეეძლოს დაზღვეულს, რომელმაც მზღვეველის პირად ექიმთან გახსნილი აქვთ ისტორია. იმ შემთხვევაში თუ დაზღვეულს აქვს უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული (ექიმის ტიტულოვანი ფურცელი) დიაგნოზი და დანიშნულება ან/და საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100 მომსახურების მიღებამდე 1 სამუშაო დღით ადრე დაზღვეული აგზავნის მოთხოვნას ელექტრონულად ელ.ფოსტაზე: მიმართვის საფუძველზე (სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის შემთხვევაში) დაზღვეული იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ თანაგადახდის თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი სადაზღვევო ბარათი ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დარჩენილი თანხის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება.

10.1.1.2. **თავისუფალი არჩევანით** - პირადი ექიმის და/ან ელექტორნული მიმართვის გარეშე, როგორც პროვაიდერ ასევე არაპროვაიდერ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს. პროვაიდერ კლინიკაში მიმართვის გარეშე მიღებული მომსახურება ანაზღაურდება თავისუფალი არჩევანისათვის განკუთვნილი თანაგადახდის პროცენტით.

ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი იქნეს შემდეგი დოკუმენტაცია:

10.1.1.2.1. სადაზღვევო ბარათი;

10.1.1.2.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

10.1.1.2.3. ლიცენზირებული ექიმის მიერ დანიშნული და ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100 ან უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული (ექიმის ტიტულოვანი ფურცელი) დიაგნოზი და დანიშნულება, საჭიროების შემთხვევაში ჩატარებული კვლევის დასკვნა, საჭიროების შემთხვევაში ამბულატორიული ბარათი და სხვა)

10.1.1.2.4. თანხის მიმღები დაწესებულების სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა გაიცეს ანაზღაურება უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. აღნიშნულ ოდენობაზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

ელექტრონულად გადაგზავნილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში დაზღვეული ვალდებულია, ორიგინალი დოკუმენტაცია შეინახოს არაუმეტეს 6 (თვე) თვის განმავლობაში.

10.1.2. ექთნის მომსახურება ბინაზე

10.1.2.1. დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდგომ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს. ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი უნდა იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

10.1.2.1.1. სადაზღვევო ბარათი;

10.1.2.1.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

10.1.2.1.3. ჰოსპიტალური მკურნალობის ამსახველი, საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100/ა რომელშიც დაფიქსირებულია ბინაზე ჩასატარებელი მანიპულაციები;

10.1.2.1.4. მომსახურების დეტალური განფასება/ვალკულაცია;

10.1.2.1.5. თანხის მიმღები დაწესებულების სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა მოხდეს ანაზღაურების გაცემა უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. 500 (ხუთასი) ლარზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

ელექტრონულად გადაგზავნილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში დაზღვეული ვალდებულია, ორიგინალი დოკუმენტაცია შეინახოს არაუმეტეს 6 (თვე) თვის განმავლობაში.

11. მედიკამენტები

უნდა ითვალისწინებდეს დაზღვეულის ამბულატორიული და სტომატოლოგიური მკურნალობისას, შესაბამისი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, ნებისმიერი ლიცენზირებული ექიმის და/ან პირადი ექიმის მიერ დანიშნული და საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი სქემით გამოწერილი მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას. ერთჯერადად ანაზღაურებას უნდა ექვემდებარებოდეს მკურნალობის მაქსიმუმ 1 თვიანი კურსი.

11.1. **არარეგისტრირებული მედიკამენტები** - უნდა ითვალისწინებდეს ისეთი მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას, რომლის რეალიზაცია არ ითვლება კანონდარღვევად პროდუქტის ვარგისიანობის ვადის ამოწურვამდე. ამასთან, არაპროვაიდერ სააფთიაქო ქსელში შეძენილი არარეგისტრირებული მედიკამენტების ხარჯი ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

11.2. **მომსახურების მიღების სქემა:**

11.2.1. პირადი ექიმის მიმართვის საფუძველზე, დაზღვეული პროვაიდერ სააფთიაქო ქსელში სადაზღვევო პოლისისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის საფუძველზე, იხდის სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებულ მხოლოდ მის წილ თანხას (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

11.2.2. პირადი ექიმის მიმართვის გარეშე მედიკამენტების შეძენისას დაზღვეული იხდის მედიკამენტების ღირებულებას სრულად და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ანაზღაურებს მედიკამენტების ხარჯებს.

ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

11.2.2.1. სადაზღვევო ბარათი;

11.2.2.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

11.2.2.3. ბეჭდით დადასტურებული ამონაწერი შეძენილი მედიკამენტების შესახებ;

11.2.2.4. ბეჭდით დადასტურებული სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

11.2.2.5. ლიცენზირებული ექიმის მიერ დანიშნული და ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (საქართველოს შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტროს მიერ დადგენილი წესით შევსებული, მომსახურე დაწესებულების ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული ფორმა N 100 ან უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული (ექიმის ტიტულოვანი ფურცელი) დიაგნოზი და დანიშნულება, საჭიროების შემთხვევაში ჩატარებული კვლევის დასკვნა, საჭიროების შემთხვევაში ამბულატორიული ბარათი და სხვა)

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა მოხდეს ანაზღაურების გაცემა უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. 500 (ხუთასი) ლარზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

ელექტრონულად გადაგზავნილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში დაზღვეული ვალდებულია, ორიგინალი დოკუმენტაცია შეინახოს არაუმეტეს 6 (თვე) თვის განმავლობაში.

12. **სტომატოლოგიური მომსახურება**

უნდა ითვალისწინებს სტომატოლოგიური მკურნალობის სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას.

12.1. **სტომატოლოგიურ მომსახურებაში მოიაზრება:**

12.1.1. **გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება** - რომელიც უნდა ითვალისწინებდეს სამედიცინო ჩვენებით კბილის მწვავე ტკივილის შემთხვევაში, გადაუდებელი მდგომარეობის დროს დიაგნოსტიკური ღონისძიებების (დენტოგრამა/ვიზიო), პირველადი დახმარების (არხის გახსნა და კბილის ექსტრაქცია) და მასთან დაკავშირებული გაყუჩების (ადგილობრივი ანესთეზია) დაფინანსებას.

12.1.2. **გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება** - უნდა ითვალისწინებდეს სამედიცინო ჩვენებით სტომატოლოგის (თერაპია, ქირურგია) კონსულტაციას, დიაგნოსტიკური ღონისძიებების (დენტოგრამა/ვიზიო), თერაპიული მომსახურებების (კბილის დაბუნა: კარიესი, პულპიტი, პერიოდონტიტის მკურნალობა; პროფილაქტიკური და სამედიცინო ჩვენებით ჰიგიენური წმენდა ულტრაბერითი მეთოდით წელიწადში ორჯერ (ექვს თვეში ერთხელ), ასევე Silver, Gold და Platinum ბარათებისათვის (ასეთი ბარათების არსებობის შემთხვევაში) ეარფლოუ მეთოდით წელიწადში ორჯერ (ექვს თვეში ერთხელ)), გეგმიური ქირურგიული სტომატოლოგიის (კბილის ექსტრაქცია, გეგმიური ქირურგიული მანიპულაციები) და ადგილობრივი ანესთეზიის დაფინანსებას. პაროდონტისა და ლორწოვანი გარსის დაავადებების მკურნალობას აპლიკაციური მეთოდით, მხოლოდ პროვაიდერ სტომატოლოგიურ დაწესებულებებში.

12.2. მომსახურების მიღების სქემა:

12.2.1. გადაუდებელი და გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად:

12.2.1.1. მზღვეველის პროვაიდერ სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში მიმართვისას (სადაზღვევო ბარათისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის წარდგენის საფუძველზე) დაზღვეული იხდის სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებულ მხოლოდ მის წილ თანხას (ასეთის არსებობის შემთხვევაში).

12.2.1.2. არაპროვაიდერ სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მომსახურების თანხას სრულად და შემდგომ ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს. ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

12.2.1.2.1. სადაზღვევო ბარათი;

12.2.1.2.2. პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;

12.2.1.2.3. მომსახურე დაწესებულების/ექიმის ბეჭდითა და ექიმის ხელმოწერით დადასტურებული სამედიცინო დოკუმენტაცია, ჩატარებული მომსახურების დეტალური აღწერილობით;

12.2.1.2.4. მომსახურებამდე და მომსახურების შემდეგ გადაღებული რენტგენოლოგიური სურათები/ვიზიო. აღნიშნულის წარმოდგენა არ არის სავალდებულო 12 წლამდე ბავშვებისათვის, ორსულებისათვის და ონკოლოგიური პაციენტებისათვის;

12.2.1.2.5. თანხის მიმღები დაწესებულების სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

სადაზღვევო ანაზღაურება უნდა გაიცეს უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის მიღებიდან არაუმეტეს 7 სამუშაო დღეში.

13. საზღვარგარეთ მკურნალობა

უნდა ითვალისწინებდეს დაავადებების ისეთი მეთოდებით მკურნალობის სამედიცინო ხარჯების ანაზღაურებას, რომელთა ჩატარება შეუძლებელია საქართველოს ტერიტორიაზე ან/და დაზღვეულის სურვილით მკურნალობის ჩატარება ხდება საზღვარგარეთ. ამასთან, სადაზღვევო ანაზღაურება უნდა მოხდეს იგივე/ანალოგიურ მომსახურებაზე საქართველოში ლიცენზირებული 3 (სამი) პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებების საშუალო ფასების მიხედვით, ხოლო თუ პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში არ ტარდება მსგავსი ტიპის მომსახურება, მაშინ სადაზღვევო ანაზღაურება განხორციელდება იგივე/ანალოგიურ მომსახურებაზე საქართველოში ლიცენზირებული 3 (სამი) სამედიცინო დაწესებულებების საშუალო ფასების მიხედვით (მიუხედავად საზღვარგარეთ მკურნალობისას გაღებული სამედიცინო ხარჯების ოდენობისა) და სადაზღვევო ბარათით გათვალისწინებული ლიმიტებისა და თანაგადახდების ფარგლებში იმ შემთხვევაში თუ მკურნალობის ჩატარება შესაძლებელია საქართველოში. ხოლო თუ მკურნალობის ჩატარება არ არის შესაძლებელი საქართველოში, ანაზღაურება უნდაა მოხდეს შესაბამისი სერვისის ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში. აღნიშნული დაფარვა ვრცელდება შემდეგი სახის სამედიცინო მომსახურებებზე/ხარჯებზე: გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება, კარდიოლოგია, ონკოლოგიური მომსახურება, გეგმიური დღის ჰოსპიტალური მომსახურება, გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება.

13.1. მომსახურების მიღების სქემა:

გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების, კარდიოლოგიის, ონკოლოგიური მომსახურების, გეგმიური დღის ჰოსპიტალური მომსახურების შემთხვევაში საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები ანაზღაურდება მზღვეველთან მხოლოდ წინასწარი შეთანხმებით, შესაბამისი დოკუმენტაციის სერვის ცენტრებში წარმოდგენით. მზღვეველის წინასწარი ინფორმირების ან მოთხოვნილი დოკუმენტაციის არასრულად წარმოდგენის შემთხვევაში მზღვეველი თავისუფლდება ყოველგვარი ანაზღაურების ვალდებულებისაგან. მზღვეველისაგან დასტურის შემდგომ საზღვარგარეთ მკურნალობის მიღების შემთხვევაში, დაზღვეული შესაბამისი მომსახურების თანხას იხდის სრულად. გეგმიური ამბულატორიის შემთხვევაში, მზღვეველთან წინასწარი შეთანხმება საჭირო არ არის.

საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯის ანაზღაურების მისაღებად საჭიროა სერვისის მიღებიდან არაუმეტეს 60 (სამოცი) კალენდარული დღის განმავლობაში სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენილი იყოს შემდეგი დოკუმენტაცია:

- 13.1.1. ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში - ჩატარებული კვლევების დასკვნა და მანიპულაციების ჩამონათვალი; ჰოსპიტალური მომსახურებისას კი ამონაწერი ისტორიიდან დიაგნოზისა და ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების შესახებ);
- 13.1.2. სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია, გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია.
- 13.1.3. მზღვეველი უფლებამოსილია მოითხოვოს წარდგენილი სამედიცინო დოკუმენტების/ქვითრების თარგმნა (ქართულ ენაზე).

სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემა შესაძლებელია მხოლოდ უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ყველა აუცილებელი დოკუმენტის მიღებიდან არაუმეტეს 5 (ხუთი) სამუშაო დღეში.

ელექტრონულად გადაგზავნილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში დაზღვეული ვალდებულია, ორიგინალი დოკუმენტაცია შეინახოს არაუმეტეს 6 (თვე) თვის განმავლობაში.

14. საქართველოში აღებული გამოსაკვლევი მასალის საზღვარგარეთ გამოკვლევა

უნდა ითვალისწინებდეს საქართველოში აღებული ბიოლოგიური სითხეებისა და ქსოვილის საზღვარგარეთ გამოკვლევის დაფინანსებას.

14.1. მომსახურების მიღების სქემა:

14.1.1. იმ შემთხვევაში, თუ მომსახურების მიღება შესაძლებელია საქართველოში, მზღვეველის მიერ დაფინანსდება ამავე სამედიცინო დაწესებულებაში კვლევის საქართველოში ჩატარების შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების ღირებულების შესაბამისად ან თუ ამავე დაწესებულებაში არ ტარდება აღნიშნული კვლევა სადაზღვევო ანაზღაურება განხორციელდება იგივე/ანალოგიურ მომსახურებაზე საქართველოში პროვაიდერი ან/და ლიცენზირებული 3 (სამი) სამედიცინო დაწესებულებების საშუალო ფასების მიხედვით.

14.1.2. იმ შემთხვევაში თუ აღნიშნული მომსახურების გაწევა ვერ ხორციელდება საქართველოში, ანაზღაურება განხორციელდება სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაციის საფუძველზე, შესაბამისი ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში.

თუ სავარაუდო გასაცემი თანხის ოდენობა არ აღემატება 500 (ხუთასი) ლარს ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 1 (ერთი) სამუშაო დღეში უნდა მოხდეს ანაზღაურების გაცემა უნაღდი ანგარიშსწორების გზით. 500 (ხუთასი) ლარზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება უნდა განხორციელდეს უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ყველა აუცილებელი დოკუმენტის წარდგენიდან არაუმეტეს 2 (ორი) სამუშაო დღეში.

ელექტრონულად გადაგზავნილი დოკუმენტაციის შემთხვევაში დაზღვეული ვალდებულია, ორიგინალი დოკუმენტაცია შეინახოს არაუმეტეს 6 (თვე) თვის განმავლობაში.

15. სამოგზაურო დაზღვევა (ვრცელდება 65 წლამდე)

უნდა ითვალისწინებდეს სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის გაცემას, სადაზღვევო პოლისში მითითებული დაფარვის/სადაზღვევო პერიოდის შესაბამისად. აღნიშნული დაფარვის გასააქტიურებლად/სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის მისაღებად, საჭიროა დაზღვეულმა მიმართოს სადაზღვევო კომპანიას ან გააგზავნოს ინფორმაცია ელექტრონულ ფოსტაზე, რის შემდეგაც დაზღვეულის მიერ პასპორტის წარდგენის საფუძველზე გაიცემა შესაბამისი სამოგზაურო დაზღვევის პოლისი.

16. უბედური შემთხვევის დაზღვევა (ვრცელდება 65 წლამდე თანამშრომლებზე)

უნდა ითვალისწინებდეს სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში დაზღვეულის მხოლოდ უბედური შემთხვევით გამოწვეული გარდაცვალების შემთხვევაში (შესაბამისი გამონაკლისი შემთხვევების რომელიც მითითებული ნაწილი 2-ის მეორე პუნქტში) მისი მემკვიდრისათვის (მოსარგებლისათვის) ფიქსირებული სადაზღვევო თანხის გადახდას. დაზღვეულის გაუჩინარება (უგზო-უკვლოდ დაკარგვა) ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

16.1. მომსახურების მიღების სქემა:

- 16.1.1. სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში დაზღვეულის უბედური შემთხვევის შედეგად გარდაცვალების შემთხვევაში, მოსარგებლე ვალდებულია, დაუკავშირდეს სადაზღვევო კომპანიას და შეტყობინება გააკეთოს სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან არაუგვიანეს 14 (თოთხმეტი) კალენდარული დღისა. ანაზღაურების მისაღებად შევსებული უნდა იქნას წერილობითი განცხადება სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემის მოთხოვნის შესახებ და წარდგენილი უნდა იქნას შემდეგი დოკუმენტაცია:
- 16.1.1.1. დაზღვეულის გარდაცვალების მოწმობა (რომელშიც მითითებული უნდა იყოს გარდაცვალების თარიღი, ადგილი, დაბადების თარიღი და კანონმდებლობით დადგენილი სხვა ინფორმაცია);
 - 16.1.1.2. სამედიცინო მოწმობა დაზღვეულის გარდაცვალების შესახებ;
 - 16.1.1.3. შესაბამისი სამართალდამცავი ორგანოების მიერ გაცემული ცნობა მომხდარის შესახებ. ექსპერტიზის დასკვნა იმ შემთხვევაში თუ გარდაცვალების მიზეზი უცნობია. თუ მომხდარ შემთხვევასთან დაკავშირებით აღძრულია სისხლის სამართლის საქმე – მომხდარ შემთხვევასთან დაკავშირებით გამოძიების ხელთ არსებული დოკუმენტაცია (საქმის მასალები);
 - 16.1.1.4. მოსარგებლის, როგორც მემკვიდრის სამკვიდრო მოწმობა, რომელიც განსაზღვრავს მის წილს მამკვიდრებლის სამკვიდროში;
 - 16.1.1.5. მოსარგებლის პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
 - 16.1.1.6. სადაზღვევო ბარათი;
- 16.1.2. კონკრეტული შემთხვევის სპეციფიკიდან გამომდინარე, მზღვეველი უფლებამოსილია, მოითხოვოს შემთხვევასთან დაკავშირებული დამატებითი დოკუმენტაცია.
- 16.1.3. ანაზღაურება გაიცემა ყველა ზემოხსენებული დოკუმენტების წარდგენიდან არაუმეტეს 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის ვადაში. შემთხვევის დამადასტურებელი დოკუმენტების წარმოდგენლობის შემთხვევაში, მზღვეველი უფლებამოსილია, არ განიხილოს სადაზღვევო შემთხვევა და უარი თქვას სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემაზე.

ნაწილი 2: გამონაკლისები

1. ჯანმრთელობის დაზღვევის პირობების თანახმად, არ იფარება/არ ანაზღაურდება:

- 1.1. ნებისმიერი სახის განზრახ თვითდაზიანება, თავის განზრახ საფრთხეში ჩაგდება, იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც აღნიშნული მოქმედების მიზანია სხვისი სიცოცხლის გადარჩენა, ასევე, დაზღვეული პირის განზრახ ქმედება, თაღლითობა ან ასეთი ქმედების შედეგები/გართულებები, თვითმკურნალობის ან/და მისი გართულების ხარჯები;
- 1.2. ისეთ შემთხვევებთან დაკავშირებული ხარჯები, რომლებიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ შედეგად მოყვა ნარკოტიკული, ტოქსიკური, ფსიქოტროპული და ალკოჰოლური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ ყოფნას, ასევე ამ ნივთიერებათა ზემოქმედების ქვეშ ავტოსატრანსპორტო საშუალებების მართვის დროს მიღებული დაზიანებები, ალკოჰოლიზმთან, ნარკომანიასა და ტოქსიკომანიასთან დაკავშირებული ხარჯები, სტიქიური უბედურების შედეგად მიღებულ დაზიანებათა მკურნალობის და გართულებების ხარჯები;
- 1.3. სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ჩადენისას მიღებული დაზიანებების, ასევე სამოქალაქო ომში, ნებისმიერი სახის საომარი

მოქმედებების დროს, ანტისახელმწიფოებრივ გამოსვლებში, შეიარაღებულ დაპირისპირებაში, ტერორისტულ აქტებში მონაწილეობის შედეგად მიღებულ დაზიანებათა მკურნალობის და გართულებების ხარჯები;

- 1.4. ქრონიკულ ჰეპატიტებთან (ამასთან ანაზღაურდება A ჰეპატიტი), აივ-ინფექციასთან, შიდსთან და მათ გართულებებთან დაკავშირებული გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები (ამასთან ანაზღაურდება ჰეპატიტის პირველადი სკრინინგი, რომელიც ითვალისწინებს ექიმის კონსულტაციასა და სწრაფ-მარტივ ტესტს);
- 1.5. გენეტიკური და თანდაყოლილი დაავადებების/პათოლოგიების/დეფექტების გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები (ამასთან ანაზღაურდება თიაქრის, კრიპტორქიზმის, დერმოიდული კისტის, ფიმოზის, დაკრიოცისტიტისა და ჰემანგიომის გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები);
- 1.6. ფსიქიკური და/ან ქცევითი აშლილობების გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები (კერძოდ: ორგანული ბუნების აშლილობანი სიმპტომატურ აშლილობათა ჩათვლით; ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი; შიზოფრენია, შიზოტიპური აშლილობანი; ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული აშლილობანი; აფექტური აშლილობანი; ფიზიოლოგიური და ფიზიკური დარღვევებით გამოწვეული ქცევის პათოლოგია; პიროვნული და ქცევითი დარღვევები (ფსიქოპათიები); გონებრივი ჩამორჩენილობა, ფსიქიკური განვითარების დარღვევები; ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობანი), ნევროტულობა, მოუსვენრობა და შფოთვა (დაავადებათა საერთაშორისო კლასიფიკატორის მე-10 გადასინჯვით (ICD-10) გათვალისწინებულ დაავადებების შემდეგი კოდები: F00-F99, R45.0-R45.1)
- 1.7. კონტრაცეფცია (იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც კონტრაცეპტივი დანიშნულია კომბინირებულად სხვა მედიკამენტებთან ერთად, კონკრეტული დაავადების სამკურნალოდ და აღნიშნული დაავადება ფინანსდება წინამდებარე პირობებით), სტერილიზაცია (ან მისი გაუქმება), ვაზექტომია, არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული აბორტი, სქესის შეცვლასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯი; რეპროდუქციულ ფუნქციასთან, სექსუალურ დისფუნქცია/დისბალანსთან, ფერტილიზაციასთან, ხელოვნურ განაყოფიერებასთან დაკავშირებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯი;
- 1.8. გონორეის, ათაშანგის, შანკროიდის, ვენერიული გრანულომით გამოწვეული დონოვანოზის, ქლამიდიოზის, სასქესო ორგანოების ჰერპესის, ციტომეგალოვირუსის, ტრიქომონიაზის გამოკვლევის და მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება (ამასთან ანაზღაურდება პირველადი სასკრინინგო დიაგნოსტიკის ხარჯები, რომელიც მოიცავს ექიმის კონსულტაციასა და ნაცხის ბაქტერიოსკოპიას);
- 1.9. ნებისმიერი პროფესიული სპორტის სახეობებში ან სპორტსმენის სახით სპორტულ სახეობებში (სპორტულ შეჯიბრში, წვრთნაში, საჩვენებელ გამოსვლაში და სხვა) მონაწილეობისას დამდგარ შემთხვევებთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 1.10. ალტერნატიული და ექსპერიმენტული მედიცინის, მანუალური თერაპიის, აკუპუნქტურის, პლაზმაფერეზის, ოზონოთერაპიის, მეზოთერაპიის, ლოგოპედიის, ფსიქოთერაპევტის, ექიმ-ჰომეოპათის, სამკურნალო ვარჯიშისა და სამკურნალო მასაჟის, ფიზიოთერაპიის,

რეაბილიტაციური და სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის, გენოტიპირების, ხალის კომპიუტერული დიაგნოსტიკის (FotoFinder), ჰიპოსენსიბილიზაციის, ლაზეროთერაპია MonaLisa Touch-ის აპარატით, პალიატიური მკურნალობის, ნებისმიერი პლასტიკური და რეკონსტრუქციული ქირურგიის ნებისმიერი პლასტიკური და რეკონსტრუქციული ქირურგიისა და მასთან დაკავშირებული ხარჯები, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული სამედიცინო მომსახურებების ხარჯები; წონის კორექციასთან დაკავშირებული ხარჯები (ოპერაციის შემდგომი გართულებების ჩათვლით); იმუნოზაციის, ვაქცინაციის და ვაქცინის ხარჯები (ამასთან ანაზღაურდება ანტიტეტანური, ანტირაბიული, ბოტულიზმის, ანტიგიურზინის და სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებული სხვა ვაქცინაციის ხარჯები). თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიის ისეთი ხარჯები, რომელთა გაწევაც საჭიროა ორთოპედიული, ორტოდონტიული ან/და იმპლანტოლოგიის სამუშაოებისათვის მოსამზადებლად;

- 1.11. ფსიქოტროპული მედიკამენტების (იმ შემთხვევების გარდა, როდესაც იგი დანიშნულია კომბინირებულად სხვა მედიკამენტებთან ერთად, კონკრეტული დაავადების სამკურნალოდ და აღნიშნული დაავადება ფინანსდება წინამდებარე პირობებით), პარასამკურნალო საშუალებების, სისტემური ენზიმოთერაპიის, ზრდის ფაქტორის (PRP) ინექციის, ალკოჰოლური დამოკიდებულების/ალკოჰოლიზმის სამკურნალო საშუალებების, ბიოლოგიურად აქტიური საკვები დანამატების (გარდა სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებულისა) და ჰომეოპათიური საშუალებების (გარდა სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებულისა) შეძენასთან დაკავშირებული ხარჯები; ასევე, ნებისმიერი არასამკურნალწამლო (ბანდაჟი, კორსეტი, სუპინატორი, სამედიცინო დანიშნულების საგანი, სტომატოლოგიაში გამოყენებადი დამხმარე საშუალებები და სხვა); ჰიგიენური და კოსმეტიკური საშუალებების (სამკურნალო საშუალებების ჩათვლით), მათ შორის კბილის პასტა, პირის ღრუს სავლები, შამპუნი, საპონი ღირებულება/ხარჯები;
- 1.12. ჰოსპიტალური მომსახურებისას (გარდა მშობიარობისა) დამატებითი ან/და ექსკლუზიური მომსახურებების (არასტანდარტული/ლუქს პალატა, აყვანილი/მოწვეული ექიმის ხელფასი/ჰონორარი და სხვა) ხარჯები;
- 1.13. ნებისმიერი სახის სამედიცინო ცნობის და მის მიღებასთან დაკავშირებული გამოკვლევების ხარჯი (გარდა დაფარვებით გათვალისწინებულისა);
- 1.14. ეგზოპროთეზირების (სტომატოლოგიის ჩათვლით), ტრანსპლანტაციის (ტრანსპლანტების ჩათვლით), რეფრაქციული ანომალიებისა და სტრაბიზმის კორექციის ხარჯები; ტრანსპლანტაციის შემდომ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 1.15. სასმენი მოწყობილობების, სათვალის ჩარჩოს, კონტაქტური მინების და ლინზების (ინტრაოკულარული ლინზის ჩათვლით), სამედიცინო მოწყობილობის (სასმენი მოწყობილობის, ოქსიმეტრის, გლუკომეტრის ჩათვლით), დამხმარე საშუალებების (ანაზღაურდება შესაბამისი ლიმიტით, თუ ასეთი დაფარვა გათვალისწინებულია სადაზღვევო პოლისით), მაკორეგირებელი საშუალებების (ანაზღაურდება შესაბამისი ლიმიტით, თუ ასეთი დაფარვა გათვალისწინებულია სადაზღვევო პოლისით), შიდა საფიქსაციო საშუალებების (მათ შორის მეტალოკონსტრუქციის, ფირფიტა, ჭანჭიკი და ა.შ.

(ანაზღაურდება შესაბამისი ლიმიტით, თუ ასეთი დაფარვა გათვალისწინებულია სადაზღვევო პოლისით)), პროტეზების (ანაზღაურდება ენდოპროტეზის (მათ შორის სამედიცინო „ბადე“-ს) ხარჯები შესაბამისი ლიმიტით, თუ ასეთი დაფარვა გათვალისწინებულია სადაზღვევო პოლისით), იმპლანტების (ანაზღაურდება სტენტის ხარჯები შესაბამისი ლიმიტით, თუ ასეთი დაფარვა გათვალისწინებულია სადაზღვევო პოლისით), რითმის ხელოვნური წარმართველის ხარჯები; ოსტეოპლასტიკური მასალის და თრომბოციტებით გამდიდრებული ფიბრინის (APRF (Advanced Platelet Rich Fibrin)) მემბრანის ხარჯები;

შენიშვნა: იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება გათვალისწინებულია რაიმე სახის სახელმწიფო/რეფერალური პროგრამ(ებ)ით, ასევე ნებისმიერი სკრინინგ პროგრამისას, მზღვეველმა უნდა დაფაროს/აანაზღაუროს მხოლოდ დაზღვეულის მიერ ასეთი პროგრამის ფარგლებში თანაგადახდის პრინციპით გადასახდელი თანხები. ამასთან, თუ დაზღვეული სამედიცინო მომსახურებას მიიღებს ისეთ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც არ მოქმედებს შესაბამისი პროგრამა ან თუ კონკრეტული ექიმი არ მონაწილეობს შესაბამის პროგრამაში ან თუ დაზღვეული თავად განაცხადებს უარს მომსახურების მიღებისას პროგრამ(ებ)ით სარგებლობაზე, მზღვეველი არ აანაზღაურებს ასეთი სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს, გარდა იმ ხარჯისა რომლის ანაზღაურებაც მზღვეველს მოუწევდა თუ დაზღვეული მომსახურებას მიიღებდა ისეთ სამედიცინო დაწესებულებაში და ექიმთან რომელიც მონაწილეობს შესაბამის პროგრამაში ან დაზღვეული არ განაცხადებდა უარს მომსახურების მიღებისას პროგრამ(ებ)ით სარგებლობაზე. ამასთან, მზღვეველი იღებს ვალდებულებას ახალი კორონავირუსით (SARS-CoV-2) გამოწვეული ინფექციის (Covid-19) და მისი გართულებების შემთხვევაში, როგორც გადაუდებელი ასევე გეგმიური შემთხვევებისას აანაზღაუროს მხოლოდ ის მომსახურებები/ჩარევები რომელის არ ფინანსდება სახელმწიფო/რეფერალური პროგრამ(ებ)ით და შესაბამისობაშია მართვის სახელმწიფო სტანდარტებთან/პროტოკოლებთან (ანაზღაურება უნდა მოხდეს შესაბამისი მომსახურებისათვის განკუთვნილი ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში).

2. უბედური შემთხვევის დაზღვევის პირობების თანახმად, არ იფარება/არ ანაზღაურდება:

- 2.1. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა ისეთ მოვლენებს, როგორცაა: ომი, დაპყრობა, ნებისმიერი სახის საომარი/სამხედრო მოქმედებები, სამოქალაქო ომი, აჯანყება, რევოლუცია, გაფიცვა, ხელისუფლების ნებისმიერი ორგანოს მიერ განხორციელებული კონფისკაცია ან ნაციონალიზაცია, ნებისმიერი პირის ქმედებები, რომელიც მოქმედებს რაიმე ორგანიზაციის დავალებით ან დამოუკიდებლად და მიზნად ისახავს დე იურე ან დე ფაქტო ხელისუფლების დამხობას ან მასზე ზეგავლენას ტერორისტული ან ძალისმიერი მეთოდებით;
- 2.2. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა მაიონიზირებელ გამოსხივებას, გარემოს რადიაქტიურ დაბინძურებას, ბირთვული საწვავის აალებას;
- 2.3. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის ალკოჰოლური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ ყოფნას; ან თუ დაზღვეული შემთხვევის

დროს იმყოფებოდა ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული ან ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ;

- 2.4. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის მიერ ჩადენილ თვითმკვლელობას ან თვითმკვლელობის მცდელობას, განზრახ თვითდაზიანებას;
- 2.5. თუ გარდაცვალება შედეგია დაზღვეულის მიერ სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ჩადენის ან ამგვარის მცდელობისა;
- 2.6. თუ გარდაცვალება შედეგია დაზღვეულის ფსიქიკური ავადმყოფობის ან გონების დაბინდვის;
- 2.7. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის ყოფნას ნებისმიერ საფრენ საშუალებაში/ხომალდში, მასში შესვლას ან მისგან გამოსვლას, გარდა ლიცენზირებული მრავალმრავიანი საჰაერო ტრანსპორტით მგზავრობისა, რომელსაც ექსპლოატაციას უწევს ლიცენზირებული საჰაერო გადაზიდვა;
- 2.8. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის ყოფნას სამხედრო ძალების ან პოლიციის სამსახურში ან მონაწილეობას მათ მოქმედებებში;
- 2.9. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის მონაწილეობას ნებისმიერი სახის სიჩქარეზე შეჯიბრში;
- 2.10. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის მიერ საკუთარი ნებით ხიფათში თავის ჩაგდებას, გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც მისი ასეთი ქმედება მიმართულია ადამიანის სიცოცხლის გადასარჩენად;
- 2.11. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის მიერ სანაძლეოს პირობების, აკრობატული ილეთების შესრულებას, რეკორდის დამყარებას ან ასეთის მცდელობას;
- 2.12. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის მონაწილეობას პროფესიული ან სამოყვარულო სპორტის სახეობებში (შეჯიბრი, წვრთნა, საჩვენებელი გამოსვლა).