

**დანართი #4 - ჯანმრთელობის დაზღვევის პაკეტი შინაგან საქმეთა სამინისტროს სისტემის
თანამშრომლის მშობლისათვის**

მომსახურების სახეები	მზღვეველის თანაგადახდის წილი	ლიმიტი ერთწლიან სადაზღვევო პერიოდში
სადღელამისო სატელეფონო საინფორმაციო მომსახურება	100%	ულიმიტოდ
ოჯახის/პირადი ექიმის მომსახურება	100%	ულიმიტოდ
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	100%	ულიმიტოდ
პროფილაქტიკური სამედიცინო შემოწმება	100%	სადაზღვევო წლის განმავლობაში 2-ჯერ
ამბულატორიული მომსახურება (ქრონიკული დაავადებების ჩათვლით) ოჯახის ექიმის მიმართებით პროვაიდერ კლინიკებში	80%	4 000 ლარი
ამბულატორიული მომსახურება (ქრონიკული დაავადებების ჩათვლით) ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე	70%	
მედიკამენტები ექიმის დანიშნულებით	70%	1 600 ლარი
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება	100%	18 000 ლარი
გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება	80%	10 000 ლარი
ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია * (კარდიოქირურგიის და ონკოქირურგიის ჩათვლით)	100%	
ხელოვნური ბროლი, პროტეზი, იმპლანტები და სხვა დამხმარე საშუალებები**	100%	650 ლარი
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება	100%	ულიმიტოდ
გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ კლინიკებში (ფასდაკლება)	არანაკლებ 35%	ულიმიტოდ
ყოველთვიური სადაზღვევო პრემიის ღირებულება თანამშრომლის მშობელზე	---- ლარი	

ა)* აღნიშნული პუნქტი განსაზღვრავს, საჭიროების შემთხვევაში, ავთვისებიანი ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობას (ნებისმიერი მეთოდით, მათ შორის ონკოქირურგია-ნებისმიერი გაუტკივარებით, სხივური და ქიმიოთერაპია+იმუნოთერაპიით, იმუნოთერაპია მონოთერაპიის სახით, ჰორმონოთერაპია, რადიოაქტიური იოდით მკურნალობა და ა.შ.) მიუხედავად იმისა მათი ჩატარება მოხდება ამბულატორიულ თუ ჰოსპიტალურ პირობებში. მათი ღირებულება გამოაკლდება გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურებისა და ქიმიოთერაპიის, ჰორმონოთერაპიის, სხივური თერაპიის (კარდიოქირურგიის და ონკოქირურგიის ჩათვლით) საერთო ლიმიტს 10 000 ლარს.. აგრეთვე, სრულად კარდიოქირურგიული მკურნალობისა და ინტერვენციული კარდიოლოგიის (მათ შორის სტენტის) ხარჯები. ამასთან, როგორც პროვაიდერ ასევე არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში როგორც წამლიანი სტენტის ასევე უწამლო სტენტის ღირებულება უნდა ანაზღაურდეს სრულად, წინამდებარე მუხლით განსაზღვრული ლიმიტის ფარგლებში, ხოლო სამედიცინო ჩვენების არარსებობის შემთხვევაში, წამლიანი სტენტის ღირებულება უნდა ანაზღაურდეს უწამლო სტენტის ღირებულებას დამატებული 650 ლარი, წინამდებარე მუხლით განსაზღვრული ლიმიტის ფარგლებში.

ბ)** აღნიშნული პუნქტი განსაზღვრავს, ენდოპროთეზირებისას, აგრეთვე, სხვა მაკორეგირებელი დანიშნულების სამედიცინო მოწყობილობების საშუალებით ჩასატარებელი ოპერაციების დროს, ხელოვნური ბროლისათვის, პროტეზის, იმპლანტებისა და სხვა დამხმარე საშუალებებისთვის განსაზღვრულ ლიმიტს 650.00 (ექვსას ორმოცდაათი) ლარის ოდენობით, მიუხედავად იმისა მათი ჩატარება მოხდება ამბულატორიულ თუ ჰოსპიტალურ პირობებში. მათი ღირებულება გამოაკლდება გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურებისა და ქიმიოთერაპიის, ჰორმონოთერაპიის, სხივური თერაპიის (კარდიოქირურგიის და ონკოქირურგიის ჩათვლით) საერთო ლიმიტს 10 000 ლარს.

შენიშვნა:

- აღნიშნული პაკეტით ხდება თანამშრომლის ერთი მშობლის დაზღვევა ასაკის მიუხედავად. მისი ღირებულება შეადგენს სტანდარტული პაკეტის ღირებულების არაუმეტეს ერთმაგი ოდენობის და მის საფასურს იხდის თვით დაზღვეული თანამშრომელი;
- ორივე მშობლის დაზღვევის შემთხვევაში, სადაზღვევო მომსახურების შეძენა ხდება თითოეულ მშობელზე ინდივიდუალურად და ჯამში მის საფასურს ასევე იხდის დაზღვეული თანამშრომელი;
- ამ პაკეტის შეძენა, დაზღვეული თანამშრომლის მიერ ხდება დამზღვევის მზღვევლისათვის წერილობითი შეტყობინების საფუძველზე სახელშეკრულებო პერიოდის დაწყებიდან ან შს სამინისტროს სისტემაში შემავალ შემსყიდველ ორგანიზაციებთან შრომითი ხელშეკრულების გაფორმებიდან პირველი ერთი თვის განმავლობაში და გრძელდება ერთწლიანი სადაზღვევო პერიოდის ბოლომდე.

აუცილებელი პირობები:

- წინამდებარე დაზღვევით დაფარვას ექვემდებარება დაზღვევამდე არსებული დაავადებების მკურნალობის, ასევე დაზღვევის პერიოდში მიმდინარე ორსულობის მონიტორინგის და მშობიარობის ხარჯების დაფარვა;
- დაზღვეულებს აქვთ სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევის უფლება;
- ამ სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურების სახეებზე, სამედიცინო დაწესებულების თავისუფალი არჩევის უფლებასთან ერთად ვრცელდება დანართი #5-ში მითითებული პროვაიდერი კლინიკების და სააფთიაქო ქსელის მომსახურება;
- პაკეტით (პოლისით) გათვალისწინებული ნებისმიერი მომსახურებისა და მედიკამენტების თანაგადახდის პირობები უნდა ითვალისწინებდეს ფასდაკლების მოქმედ აქციებს (აღნიშნული დათქმა/შეზღუდვა გავრცელდება ფასდაკლების აქცი(ებ)ის ფასებზე, მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ მზღვეველსა და პროვაიდერს შორის მიღწეულია შეთანხმება მზღვეველის დაზღვეულებზე პროვაიდერის მიერ დადგენილი ფასდაკლების მოქმედი აქციის ფასების გავრცელებაზე);

სადაზღვევო და სამედიცინო მომსახურების სახეები

1. სადღეღამისო სატელეფონო საინფორმაციო მომსახურება

1.1. მომსახურება ითვალისწინებს სადღეღამისო სატელეფონო საინფორმაციო კონსულტაციებს სამედიცინო მომსახურებასთან დაკავშირებული ნებისმიერი საკითხის ან პრობლემის წარმოქმნის დროს;

1.2. დაზღვეულს შეუძლია დაუკავშირდეს მზღვევლის 24 საათიან ქოლ ცენტრს სატელეფონო ნომერზე – ----- მათ შორის მობილური ოპერატორის სატელეფონო ნომერზე - ----- მათ შორის მობილური ოპერატორის სატელეფონო ნომერზე - ----- ადნიშნული სერვისით დაზღვეულს საშუალება უნდა ჰქონდეს ოპერატიულად მიიღოს სრული ინფორმაცია სადაზღვევო პაკეტის, პროვაიდერი კლინიკების შესახებ. მზღვეველმა უნდა მოახდინოს სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებული ნებისმიერი სამედიცინო მომსახურების დაზღვეულის მიერ დროულად მიღების ორგანიზება, თავისი კომპეტენციის ფარგლებში დაზღვეულის ჰოსპიტალური და ამბულატორიული მკურნალობის ხარისხზე და სამედიცინო-ფინანსურ დოკუმენტაციაზე ზედამხედველობის უზრუნველყოფა. საჭიროების შემთხვევაში მზღვეველმა უნდა მიიღოს სპეციალური ზომები, რათა აღნიშნული მომსახურება დაზღვეულმა მიიღოს ყოველგვარი შეფერხების გარეშე. აღნიშნული სერვისით დაზღვეულს საშუალება უნდა ჰქონდეს მიიღოს სადაზღვევო მომსახურება (მათ შორის ოჯახის ექიმთან ვიზიტი ჩაწერის საფუძველზე) ქვეყნის მთელ ტერიტორიაზე;

2. ოჯახის/პირადი ექიმის მომსახურება

2.1. მომსახურება ითვალისწინებს:

2.1.1. თითოეული დაზღვეულისთვის გამოყოფილი პირადი ექიმის (მათ შორის პედიატრის) კონსულტაციას (ვიზიტების რაოდენობა შეუზღუდავია) და საჭიროების შემთხვევაში შესაბამისი დანიშნულების მიცემას;

2.1.2. თბილისის მაშტაბით ოჯახის ექიმის (მათ შორის პედიატრის) ვიზიტს (გარდა გადაუდებელი შემთხვევებისა) დაზღვეულის ბინაზე, იმ შემთხვევაში როდესაც დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობა ზღუდავს მის თავისუფალ გადაადგილებას და/ან ოჯახის ექიმი საჭიროდ მიიჩნევს დაზღვეულის იდენტიფიცირებას;

2.1.3. დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის უწყვეტ მონიტორინგსა და თითოეულ დაზღვეულზე ავადმყოფობის ისტორიის შექმნას;

2.1.4. საჭიროების შემთხვევაში კონსილიუმის მოწვევას;

2.1.5. სამედიცინო ჩვენების შემთხვევაში შემდგომი გამოკვლევების, დამატებით კონსულტანტებთან ვიზიტის და მკურნალობის ორგანიზებას;

2.2. მომსახურების შეფერხების თავიდან აცილების მიზნით, მზღვეველმა უნდა შექმნას ოჯახის ექიმთან (მათ შორის პედიატრთან) საკმარისი რაოდენობის ჯგუფი, რომელიც მოემსახურება უპირატესად წინამდებარე ხელშეკრულებით დაზღვეულ პირებს;

2.3. მზღვეველმა უნდა უზრუნველყოს ოჯახის ექიმის მომსახურების გაწევა შემსყიდველთან შეთანხმებული გრაფიკით და შემსყიდველის მიერ განსაზღვრულ მისამართებზე;

3. სასწრაფო სამედიცინო დახმარება

3.1. მომსახურება ითვალისწინებს:

3.1.1. მოზრდილთა და პედიატრიული ასაკის პაციენტთათვის საქართველოს ტერიტორიაზე მოქმედი, ნებისმიერი ლიცენზირებული გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების მომსახურებით სარგებლობას, შემთხვევის ადგილზე გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების გაწევას;

3.1.2. აგრეთვე, საჭიროების შემთხვევაში, ტრანსპორტირებას კონკრეტული შემთხვევისათვის განკუთვნილ სამედიცინო დაწესებულებაში და რეანომობილით მომსახურებას საქართველოს ფარგლებში.

4. პროფილაქტიკური სამედიცინო შემოწმება

4.1. პროფილაქტიკური სამედიცინო შემოწმება ითვალისწინებს თერაპევტის კონსულტაციას, კლინიკო-ლაბორატორიულ გამოკვლევებს: სისხლის საერთო ანალიზს, ფარისებრის ჰორმონი TSH, შარდის საერთო ანალიზს, კუთხულოგრამა სრულად, შაქრის განსაზღვრას სისხლში, ეკგ-ს, რენტგენს

(გულ-მკერდის რენტგენოგრაფია), ექოსკოპიას (მუცლის ღრუს ორგანოების, გინეკოლოგიური ორგანოების, ფარისებრი, სარძევე ჯირკვლის და შარდ-სასქესო ორგანოების), ღვიძლის ფუნქციური სინჯები (ALT და AST) დაზღვეულს შეუძლია ჩაიტაროს პროფილაქტიკური სამედიცინო შემოწმება სამედიცინო ჩივილის გარეშე (ყოველგვარი შეზღუდვის გარეშე) ოჯახის ექიმის მიმართებით ოჯახის ექიმის სამედიცინო ცენტრებში (დაზღვეულის სურვილისამებრ).

5. ამბულატორიული მომსახურება (ქრონიკული დაავადებების ჩათვლით) ოჯახის ექიმის მიმართებით პროვაიდერ კლინიკებში; ამბულატორიული მომსახურება (ქრონიკული დაავადებების ჩათვლით) ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე;

5.1. მომსახურება ითვალისწინებს:

5.1.1. შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებით, როგორც გეგმიურად, ასევე გადაუდებელ შემთხვევებში, სხვადასხვა პროფილის ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციას;

5.1.2. შესაბამისი სამედიცინო ლიცენზიის მქონე ექიმის დანიშნულებით კლინიკო-ლაბორატორიულ და ინსტრუმენტულ გამოკვლევებს, სამედიცინო მანიპულაციებს, ოპერაციულ მკურნალობას (რომლის დროსაც სტაციონარში დაყოვნების საჭიროება არ აღემატება 24 საათს) - ნებისმიერი გაუტკივარებით;

5.1.3. ქრონიკული დაავადების პირველად დიაგნოსტიკას;

5.1.4. მომსახურება ასევე ითვალისწინებს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებით ნებისმიერი ქრონიკულად მიმდინარე და კეთილთვისებიანი ონკოლოგიური დაავადების ამბულატორიული მომსახურებისა (სხვადასხვა პროფილის ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციების, სამედიცინო მანიპულაციების და ოპერაციულ მკურნალობის (რომლის დროსაც სტაციონარში დაყოვნების საჭიროება არ აღემატება 24 საათს) - ნებისმიერი გაუტკივარებით, ღირებულების ანაზღაურებას, დაზღვეულის მიერ შერჩეულ საქართველოს ტერიტორიაზე მოქმედ ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში. ხარჯების ანაზღაურება ხდება ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.

5.2. გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში დაზღვეულმა, ან ნებისმიერმა დაინტერესებულმა პირმა, სადაზღვეო შემთხვევის შესახებ შეტყობინება უნდა გააკეთოს სამედიცინო მომსახურების დასრულებამდე ან მაქსიმუმ 24 საათის განმავლობაში;

5.3. მზღვეველის პროვაიდერ (კონტრაქტორ) სამედიცინო დაწესებულებაში ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე მიღებული მომსახურების ღირებულების ანაზღაურება განხორციელდება თანაგადახდის პირობებით მზღვეველის მიერ პირდაპირი ანგარიშსწორებით. დაზღვეული ადგილზე იხდის მხოლოდ თანაგადახდის წილს, დანარჩენი თანხის ანგარიშსწორება ხდება პირდაპირ პროვაიდერთან მზღვეველის მიერ;

5.4. არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების ღირებულებას სრულად და გაწეული ხარჯის ანაზღაურება ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად მოხდება პოლისით განსაზღვრული თანადაფინანსების მიხედვით მზღვეველისათვის სათანადო ფინანსური და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარდგენის შემდეგ;

6. მედიკამენტები ექიმის დანიშნულებით

6.1. მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურება გულისხმობს ოჯახის ექიმისა და სხვა პროფილის სპეციალისტის მიერ სამედიცინო ჩვენებით დანიშნული მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას სადაზღვეო პაკეტით განსაზღვრული ლიმიტის ფარგლებში.

6.2. ოჯახის ექიმის, ან სხვა, ვიწრო სპეციალისტის მიერ დანიშნული მედიკამენტების (რეგისტრირებული სამკურნალო საშუალებების) მისაღები საგარანტიო ფურცლის შევსება ხდება მხოლოდ ოჯახის ექიმის მიერ. ამასთან, დაზღვეულს უფლება აქვს ექიმ-სპეციალისტის მიერ დანიშნული მედიკამენტები შეიძინოს საგარანტიო ფურცლის გარეშე, ნებისმიერ ლიცენზირებულ სააფთიაქო ქსელში. აღნიშნულ შემთხვევაში იგი თავად იხდის მედიკამენტების ღირებულებას სრულად, ხოლო გაწეული ხარჯის ანაზღაურება ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად მოხდება მზღვეველისათვის სათანადო ფინანსური და სამედიცინო დოკუმენტაციის წარდგენის შემდეგ.

6.3. მზღვეველის პროვაიდერ (კონტრაქტორ) სააფთიაქო ცენტრში ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე დაზღვეული ადგილზე იხდის მხოლოდ თანაგადახდის წილს, დანარჩენი თანხის ანგარიშსწორება ხდება პირდაპირ პროვაიდერთან მზღვეველის მიერ;

7. გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება

7.1. მომსახურება ითვალისწინებს:

7.2. გადაუდებელი სტაციონარული ნებისმიერი ქირურგიული (მათ შორის საშვილოსნოს გარე ორსულობაც) და თერაპიული მომსახურების მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურების უზრუნველყოფას დაზღვეულის სამედიცინო ჩვენებით საქართველოს ტერიტორიაზე არსებულ ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში. მათ შორის შემდეგი კლასიფიკაციით:

7.2.1. გადაუდებელი (კრიტიკული) ინტერვენცია - სიცოცხლის, ორგანოს ან კიდურის გადასარჩენად მიმართული ინტერვენცია ერთდროული რეანიმაციით. ჩვეულებრივ, ჩარევა იწყება გადაწყვეტილების მიღებიდან რამდენიმე წუთში;

7.2.2. სასწრაფო - დაუყოვნებელი ინტერვენცია - მწვავედ დაწყებული ან კლინიკურად გაუარესებული, სიცოცხლისთვის საშიში მდგომარეობის დროს განსახროციელბელი ინტერვენცია, რომელიც დაკავშირებულია სიცოცხლის, ორგანოს ან კიდურის დაკარგვის საფრთხესთან, ხოლო ინტერვენციები მოიცავს მოტეხილობების ფიქსაციას, ტკივილის მართვას და სხვა მძიმე სიმპტომების კუპირებას. ჩვეულებრივ, გადაწყვეტილება უნდა იყოს მიღებული არაუგვიანეს 24 საათისა, მას შემდეგ, რაც პირველი რიგის შემანარჩუნებელი მკურნალობა დასრულებულია;

7.2.3. სასწრაფო დაყოვნებადი/გეგმიური ინტერვენცია - ინტერვენცია პაციენტის სტაბილური მდგომარეობის მიღწევის შემდეგ. პაციენტის სიცოცხლეს, რომელიმე ორგანოს ან კიდურს საფრთხე არ ემუქრება, თუმცა ინტერვენცია დასაგეგმია რამდენიმე დღეში (2-7 დღე), რა პერიოდის მანძილზეც პაციენტი რჩება ჰოსპიტალში. აღნიშნული სერვისით იფარება მხოლოდ დაზღვეულის ერთმომენტად/ერთჯერადად ჰოსპიტალიზაციის დროს განხორციელებული ინტერვენცია.

7.3. პროვაიდერ (კონტრაქტორ) სამედიცინო დაწესებულების შემთხვევაში ანაზღაურება განხორციელდება მზღვეველის მიერ პირდაპირი ანგარიშსწორებით. არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას დაზღვეული ახდენს მომსახურებისათვის ანგარიშსწორებას (სათანადო დოკუმენტაციის მზღვეველთან წარდგენის შემდეგ ანგარიშსწორება მასთან ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ხდება ნაღდი თუ უნაღდო წესით), გარდა იმ შემთხვევებისა თუ არაპროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულება თანახმაა მიიღოს სადაზღვევო კომპანიის (მზღვეველის) საგარანტიო წერილი. საგარანტიო წერილის გაცემა უნდა მოხდეს 24 საათის განმავლობაში. იმ შემთხვევაში თუ საგარანტიოს გაცემა არის აუცილებელი პირობა, წინააღმდეგ შემთხვევაში უნდა უზრუნველყოს ნებისმიერი ფორმით მომსახურების შეუფერხებლად მიღება.

8. გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება (კარდიოქირურგიის და ონკოქირურგიის ჩათვლით)

8.1. მომსახურება ითვალისწინებს სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებული ლიმიტის ფარგლებში გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურებისას, როგორც თერაპიული, ასევე ქირურგიული მკურნალობის (ოპერაციული მკურნალობა - ნებისმიერი გაუტკივარებით) ხარჯების ანაზღაურებას, დაზღვეულის სამედიცინო ჩვენებით სტაციონარში 24 სთ-ზე მეტი ხნით განთავსების შემთხვევაში, საქართველოს ტერიტორიაზე მოქმედ ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში;

8.2. გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების საჭიროებისას დაზღვეული ან ნებისმიერი დაინტერესებული პირი ვალდებულია მიმართოს მზღვეველს, რომელიც უზრუნველყოფს საგარანტიო წერილის შესაბამის სამკურნალო დაწესებულებაში მაქსიმუმ სამ სამუშაო დღეში წარდგენას. პროვაიდერ (კონტრაქტორ) სამედიცინო დაწესებულების შემთხვევაში საგარანტიო წერილის საფუძველზე ანაზღაურება განხორციელდება მზღვეველის მიერ პირდაპირი ანგარიშსწორებით;

8.3. არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას, დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების ღირებულებას სრულად და სათანადო დოკუმენტაციის მზღვეველთან წარდგენის შემდეგ ანგარიშსწორებას დაზღვეულთან ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ახორციელებს მზღვეველი.

8.4. ქიმიოთერაპია, ჰორმონოთერაპია და სხივური თერაპია - ლიმიტი განსაზღვრავს, საჭიროების შემთხვევაში, ავთვისებიანი ონკოლოგიური დაავადებების მკურნალობას (ონკოქირურგია-ნებისმიერი გაუტკივარებით, სხივური და ქიმიოთერაპია+იმუნოთერაპიით, იმუნოთერაპია მონოთერაპიის სახით, ჰორმონოთერაპია, რადიოაქტიური იოდით მკურნალობა) მიუხედავად იმისა მათი ჩატარება მოხდება ამბულატორიულ თუ ჰოსპიტალურ პირობებში. მათი ღირებულება გამოაკლდება გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურებისა და ქიმიოთერაპიის, ჰორმონოთერაპიის, სხივური თერაპიის (კარდიოქირურგიის და ონკოქირურგიის ჩათვლით) საერთო ლიმიტს 10 000 ლარს. ლიმიტის ფარგლებში ასევე სრულად ხდება კარდიოქირურგიული მკურნალობის და ინტერვენციული კარდიოლოგიის (მათ შორის სტენტის) ხარჯების ანაზღაურება ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.

9. სტომატოლოგიური მომსახურება

- 9.1. გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება ითვალისწინებს ფასდაკლებას მზღვეველის პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში.
- 9.2. გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება ითვალისწინებს კბილის მწვავე ტკივილის მოხსნას, კბილის ექსტრაქციას, დიაგნოსტიკური რენტგენოგრაფიას და გაუტკივარებას;
- 9.3. გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურების პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკაში მიღების შემთხვევაში მზღვეველი ანაზღაურებს მომსახურების ხარჯებს, ხოლო არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის შესაბამისი მომსახურების თანხას სრულად და სათანადო დოკუმენტაციის მზღვეველთან წარდგენის შემდეგ ანგარიშსწორებას დაზღვეულთან ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ახორციელებს მზღვეველი.

10. ანაზღაურებას არდაქვემდებარებული მომსახურებები (გამონაკლისები)

- 10.1. საინფორმაციო სატელეფონო ცენტრში შეტყობინებისა და/ან შეთანხმების გარეშე ჩატარებული სამედიცინო მომსახურების საფასურის ანაზღაურებაზე უარის თქმის მიზეზი არ შეიძლება იყოს ასეთი შეტყობინების და/ან შეთანხმების არარსებობა;
- 10.2. შს სამინისტროს სისტემის თანამშრომლებზე და ოჯახის წევრებზე, სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, შესაბამისი წლის სახელმწიფო და ადგილობრივი თვითმმართველი ერთეულის ბიუჯეტით დაფინანსებული ნებისმიერი სახელმწიფო საყოველთაო ჯანდაცვითი პროგრამებით (გარდა საყოველთაო დაზღვევისა) განსაზღვრული მომსახურებები, გარდა აღნიშნული პროგრამების ანაზღაურების მიღმა დარჩენილი წილისა. თანამშრომლისა და თანამშრომლის ოჯახის წევრის გეგმიურ ამბულატორიულ მომსახურებაზე. მზღვეველი უზრუნველყოფს, დაზღვეულის მიერ სახელმწიფო საყოველთაო ჯანდაცვითი პროგრამებით (გარდა საყოველთაო დაზღვევისა) განსაზღვრული მომსახურებების მიღებას შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში (მათ შორის შესაბამისი დოკუმენტაციის მიწოდებას) დაზღვეულის მიმართვიდან არაუგვიანეს 10 კალენდარული დღის განმავლობაში, შემსყიდველის მიერ შესაბამის სახელმწიფო ორგანოებთან შეთანხმების და/ან შესაბამისი საკანონმდებლო ნორმატიული აქტის მიღების საფუძველზე;
- 10.3. ამეტროპიის, ასტიგმატიზმის, ექსიმერ-ლაზერით კორექციულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები, ასევე დამხმარე საშუალებების (სათვალის, კონტაქტური ლინზების, სმენის აპარატის, ნებისმიერი სახის პროტეზის) შეძენის ხარჯები, მათ შორის იმ პროტეზებისა, რომელთა ჩადგმა საჭიროებს ქირურგიულ ჩარევას, თუ ხელშეკრულებით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული;
- 10.4. სექსუალური დარღვევების, იმპოტენციის, უშვილობის მკურნალობის ხარჯები, ხელოვნური განაყოფიერების, სტერილიზაციის, არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული აბორტის და კონტრაცეფციის ხარჯები (გარდა კონტრაცეფციის საშუალებების სამკურნალო მიზნით გამოყენების), სანაყოფე სითხის დიაგნოსტიკასა და ნაყოფის გენეტიკურ კვლევასთან დაკავშირებული ხარჯები, თუ ხელშეკრულებით სხვა რამ არ არის გათვალისწინებული;
- 10.5. ფსიქიატრიული დაავადებების გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები, ფსიქოთერაპიის ხარჯები, ფტიზიატრიული დაავადებების გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები, გარდა ზემოთ აღნიშნული დაავადებების პირველადი დიაგნოსტიკის ხარჯებისა;
- 10.6. გენეტიკური (გარდა ონკოლოგიური დაავადებების) და თანდაყოლილი დაავადებების, ანომალიების და დეფექტების და ასევე, მათი გართულებების გამოკვლევებისა და მკურნალობის ხარჯები, გარდა აღნიშნული დაავადებების პირველადი დიაგნოსტიკისა და ნებისმიერ გადაუდებელ მდგომარეობასთან დაკავშირებული ხარჯებისა (მხოლოდ რეანიმაციული ინტენსიური და ოპერაციული მკურნალობის ხარჯებისა);
- 10.7. წონის კორექციის, პლასტიკური ქირურგიის, კოსმეტიკური მკურნალობის (გარდა სასიცოცხლო ჩვენებით განპირობებული მომსახურებებისა), არატრადიციული მკურნალობის (აკუპუნქტურა, ჰომეოპათია, ფიტოთერაპია, მანუალური თერაპია, ჰიპნოზი და სხვა) ხარჯები;
- 10.8. ორგანოების ტრანსპლანტაციის ხარჯები; გამონაკლისად არ ჩაითვლება ქსოვილების ტრანსპლანტაციის ხარჯები ამასთან, წინამდებარე ხელშეკრულების მიზნებისთვის ქსოვილად ჩაითვლება: ნერვული ქსოვილი, კუნთოვანი ქსოვილი, ეპითელიური ქსოვილი და შემადგენელი ქსოვილი (მათ შორის ძვალი, ხრტილი, კანი, ძვლის ტვინი და სისხლი).
- 10.9. საზღვარგარეთიდან მოწვეული სპეციალისტის ჰონორარი;
- 10.10. არალიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებსა და სამედიცინო საქმიანობის უფლების არმქონე კერძო პირებთან კონსულტაციისა და მკურნალობის, თვითმკურნალობის ხარჯები;

10.11. შიდსის, სქესობრივი გზით გადამდები დაავადებების, ყველა სახის ჰეპატიტის (გარდა A ტიპისა) გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები. გარდა აღნიშნული დაავადებების პირველად დიაგნოსტიკასთან და რენიმიციულ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯებისა; გამონაკლისად არ ჩეთვლება 13 წლამდე ასაკი ბავშვებში აღნიშნული დაავადების და მათი გართულებების გამოკვლევა და მკურნალობა.

10.12. სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული კანონსაწინააღმდეგო ქმედებისას მიღებული დაზიანებების მკურნალობის ხარჯები, გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც დაზღვეულის ქმედება მიმართული იყო საკუთარი ან/და სხვისი სიცოცხლის გადასარჩენად;

10.13. გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები, რომლებიც საჭირო გახდა: თვითმკვლელობის მცდელობის, თვითდაზიანების შედეგად;

10.14. ალკოჰოლური, ნარკოტიკული, ტოქსიური თრობის მიზნით მიღებული ტოქსიური ნივთიერებების ზემოქმედებით მიღებული დაზიანების მკურნალობის ხარჯები, ასევე ნარკომანია, ტოქსიკომანიასა და ალკოჰოლიზმთან დაკავშირებული სამედიცინო ხარჯები;

10.15. სამოქალაქო ომში, სამარ მოქმედებებში, ანტისახელმწიფოებრივ გამოსვლებში, ტერორისტულ აქტებში მონაწილეობის შედეგად მიღებულ დაზიანებათა მკურნალობის ხარჯები;

10.16. რადიაციული დასხივებისას მიღებული დაზიანების მკურნალობის ხარჯები;

10.17. მღვიმეებისა და გამოქვაბულების გამოკვლევასთან, აგრეთვე ძლიერ ფეთქებად ნივთიერებათა განადგურებაში მონაწილეობასთან დაკავშირებული სადაზღვევო შემთხვევების ხარჯები;

10.18. სადაზღვევო შემთხვევები, რომლებიც დაკავშირებულია დაზღვეულის პროფესიულ და/ან მომეტებული რისკის მატარებელი სპორტის სახეობებში მონაწილეობასთან (ამასთან მომატებული რისკის მატარებელ სპორტის სახეობებად ამ დაზღვევის მიზნებისათვის ჩათვლება: თხილამურებით ან სნოუბორდით სრიალი, პარაშუტით ან დელტაპლანით ხტომა, კლდეზე ცოცვა, მთამსვლელობა, ავტო ან მოტო რბოლა, სპელეოლოგია, წყალქვეშ ყვინთვა, ცხენოსნობა, ჯომარდობა, ნადირობა). გამონაკლისად არ ჩათვლება დამზღვევის ეგიდით ჩატარებულ სპორტული ღონისძიებებში მონაწილეობით დამდგარი სადაზღვევო შემთხვევები და მასთან დაკავშირებული გამოკვლევებისა და მკურნალობის ხარჯები;

10.19. ალკოჰოლური, ნარკოტიკული, ფსიქოტროპული ან სხვა ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ მყოფი დაზღვეული მძღოლის მიერ სატრანსპორტო საშუალებების მართვისას მომხდარი ავტოსაგზაო შემთხვევით გამოწვეული მძღოლის ჯანმრთელობის დარღვევის მკურნალობის ხარჯები;

10.20. ვაქცინაციის და იმუნიზაციის ხარჯები (გარდა ანტიტეტანური და ანტირაბიული ვაქცინაციის სრული კურსისა). ასევე გამონაკლისად არ ჩათვლება სამსახურის ეგიდით თანამშრომლის საზღვარგარეთ გამგზავრებისას, მოთხოვნილი იმუნიზაციის და ვაქცინაციის ხარჯები

10.21. გამონაკლისებად არ ჩათვლება:

10.21.1. დაავადებათა ჯგუფი, რომელიც მიეკუთვნება გამონაკლისებს და გამოწვეულია ტრავმული ან თერმული დაზიანებით, სხვა უბედური შემთხვევით და წარმოადგენს მათ შემდგომ სამედიცინო მდგომარეობებს და გართულებებს. აღნიშნული შემთხვევების სამედიცინო მომსახურების ხარჯები დაიფარება „გეგმიური ჰოსპიტალური“ ან „ამბულატორიული მომსახურების“ ლიმიტებიდან. ზემოხსენებული უბედური შემთხვევები არ უნდა იყოს დაკავშირებული სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებასთან;

10.21.2. შარდსასქესო სისტემის არასქესობრივი გზით გადამდები ინფექციური (მათ შორის სოკოვანი) დაავადებები.

11. სამედიცინო მომსახურების მიღების წესი

11.1. იმ შემთხვევაში, როდესაც სამედიცინო მომსახურების მიღება ხდება ოჯახის ექიმის ნებისმიერი მიმართვის ან მზღვეველის მიერ გაცემული საგარანტიო წერილის საფუძველზე, სამედიცინო მომსახურების ღირებულება მზღვეველის მიერ სრულად ანაზღაურდება სადაზღვევო პოლისით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებასთან პირდაპირი ანგარიშსწორებით;

11.2. სამედიცინო მომსახურების მიღებაზე საგარანტიო წერილის გაცემისას მზღვეველმა უნდა უზრუნველყოს შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში მისი დროული წარდგენა;

11.3. მზღვეველის მიერ სადაზღვევო ანაზღაურებაზე უარის თქმის შემთხვევაში დაზღვეულს მოთხოვნის შემთხვევაში, უარი უნდა განემარტოს წერილობითი სახით უარის თქმისთანავე;

11.4. მზღვეველი ვალდებულია დაზღვეულის წერილობითი მოთხოვნიდან 24 საათის განმავლობაში მიაწოდოს დაზღვეულს სრულყოფილი ინფორმაცია მის მიერ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ლიმიტებისა და გახარჯული მედიკამენტების ლიმიტების შესახებ, რომელიც უნდა მოიცავდეს სამედიცინო მომსახურებების და მედიკამენტების ჩამონათვალს მათი რაოდენობისა და ღირებულების მითითებით;

11.5. მზღვეველთან წინასწარი შეთანხმებით არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვისას დაზღვეული ახდენს მომსახურებისათვის ანგარიშსწორებას (სათანადო დოკუმენტაციის მზღვეველთან წარდგენის შემდეგ ანგარიშსწორება მასთან, ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად ხდება ნაღდი თუ უნაღდო წესით), გარდა იმ შემთხვევებისა თუ არაპროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულება თანახმაა მიიღოს სადაზღვევო კომპანიის (მზღვეველის) საგარანტიო წერილი;

11.6. არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების მიღებიდან 30 კალენდარული დღის განმავლობაში, დაზღვეულმა მზღვეველს უნდა წარუდგინოს შემდეგი სამედიცინო და ფინანსური დოკუმენტაცია:

11.6.1. პოლისის და პირადობის მოწმობის ასლები;

11.6.2. კალკულაცია (საჭიროების შემთხვევაში);

11.6.3. ფორმა №IV-100ა;

11.6.4. ჩატარებული გამოკვლევების დასკვნები;

11.6.5. მიღებული სამედიცინო მომსახურების ან/და ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების საფასურის გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტები;

11.6.6. დაზღვეულის საბანკო რეკვიზიტები.

11.7. პუნქტით განსაზღვრული დოკუმენტაციის განსახილველად წარდგენა შესაძლებელია ელექტრონული (სკანირებული) სახითაც, ელექტრონული ფოსტის მზღვეველის მიერ მითითებული მისამართზე. დაზღვეულის მიერ წარდგენილი დოკუმენტაცია მზღვეველმა უნდა განიხილოს და მოახდინოს დაზღვეულისათვის ხარჯების ანაზღაურება, წარდგენიდან არაუგვიანეს 3 (სამი) სამუშაო დღისა თუ ამავე პერიოდში დაზღვეულმა წარაადგინა დოკუმენტების ორიგინალები. სხვა შემთხვევაში დაზღვეულისთვის ხარჯების ანაზღაურება განხორციელდება ორიგინალი დოკუმენტების წარდგენიდან არაუგვიანეს 3 (სამი) სამუშაო დღისა;

11.8. პაკეტით გათვალისწინებული სამედიცინო მომსახურება დაზღვეულს შეუძლია მიიღოს თავისუფალი არჩევანის პრინციპის დაცვით, საქართველოს ტერიტორიაზე მოქმედ, ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში (გარდა პროფილაქტიკური გამოკვლევებისა და გეგმიური სტომატოლოგიისა);

11.9. ხელშეკრულების შესაბამისი დანართებით განსაზღვრულ პროვაიდერ კლინიკებში დაგეგმილი ჰოსპიტალური მომსახურებისას დოკუმენტაციის გამოთხოვა და შემდგომ საგარანტიო წერილის მიწოდება პროვაიდერ კლინიკასთან და კომპანიის მიერ შესაბამისი საგარანტიო წერილით უზრუნველყოფა განხორციელდება სადაზღვევო კომპანიის მიერ დაზღვეულის სადაზღვევო კომპანიაში ვიზიტის გარეშე, თუ პროვაიდერ კლინიკას გააჩნია აღნიშნულის შესასრულებლად აუცილებელი შესაბამისი კომუნიკაციის საშუალებები და რესურსები;

11.10. მზღვეველი უზრუნველყოფს:

11.10.1. პერსონალურ სადაზღვევო მომსახურებას (დაზღვეულებისთვის გამოყოფილი იქნება კომპეტენტური მენეჯერები ნებისმიერ სადაზღვევო საკითხზე კონსულტირებისა და სამედიცინო დაწესებულებასთან ურთიერთობის დარეგულირების მიზნით);

11.10.2. სადაზღვევო კომპანიის მომსახურების ოფისებში რიგგარეშე მომსახურებას ინდივიდუალური ანაზღაურების დროს; არაპროვაიდერ დაწესებულებებში მიღებული სამედიცინო მომსახურებაზე გაწეული ხარჯების ასანაზღაურებლად წარდგენილი არასრულყოფილი დოკუმენტაციის წარდგენის შემთხვევაში დაზღვეულის ჩაურევლად უზრუნველყოს კომუნიკაცია მიმწოდებელთან ხარვეზის გამოსწორების მიზნით თუ 15.6 პუნქტში ასახული წარსადგენი დოკუმენტები არასრულად და/ან არასრულყოფილად იქნება წარდგენილი (გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც დოკუმენტაციის სრულად და/ან სრულყოფილად წარსადგენად აუცილებელი აღმოჩნდება პაციენტის (დაზღვეულის) ვიზიტი ექიმთან).

12. საზღვარგარეთ მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება

12.1. საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება – ითვალისწინებს დაავადებების ისეთი მეთოდებით მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას, რომელთა ჩატარება შეუძლებელია საქართველოს ტერიტორიაზე ან დაზღვეულის სურვილით მკურნალობის ჩატარება ხდება საზღვარგარეთ. ამასთან, სადაზღვევო ანაზღაურება მოხდება იგივე/ანალოგიურ მომსახურებაზე ამ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საქართველოში ლიცენზირებული და მოქმედი საუკეთესო პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებების/ფთხთაქების საშუალო პროვაიდერული ფასების მიხედვითა (მიუხედავად საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურებისთვის გაღებული ხარჯების ოდენობისა) და ბარათით გათვალისწინებული ლიმიტებისა და თანაგადახდების ფარგლებში იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობის ჩატარება შესაძლებელია

საქართველოში, ხოლო თუ მკურნალობის ჩატარება არ არის შესაძლებელი საქართველოში, ანაზღაურება მოხდება წარმოდგენილი კალკულაციის საფუძველზე დადგენილი **ლიმიტის** და **თანაგადახდის** ფარგლებში. აღნიშნული **დაფარვა** არ ვრცელდება შემდეგი სახის სამედიცინო მომსახურებებზე/ხარჯებზე: გადაუდებელი ამბულატორიული და გადაუდებელი სტაციონარული მომსახურებები, სტომატოლოგიური მომსახურება, ორსულობა-მშობიარობისა და საქართველოში დანიშნული მედიკამენტების და/ან მისი ანალოგის ხარჯები, რომელიც შეძენილი იქნა საზღვარგარეთ და/ან ინტერნეტის მეშვეობით.

12.1.1. საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურების მიზნებისთვის – დაზღვეული ვალდებულია, განახორციელოს შეტყობინება **მზღვეველის** 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრში სატელეფონო ნომერზე – -----, იმის თაობაზე, რომ მიემგზავრება საზღვარგარეთ მკურნალობის ჩასატარებლად, სადაც იგი თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს **მზღვეველს** (დაზღვეული ასევე ვალდებულია, საზღვარგარეთ ყოფნის პერიოდში ყოველი შემდგომი ახალი სამედიცინო ჩვენების ან მისი მკურნალობის თაობაზე შეაყობინოს მზღვეველს). საქართველოში დაბრუნების შემდეგ **მზღვეველთან** 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის განმავლობაში უნდა წარმოადგინოს შემდეგი ორიგინალი დოკუმენტაცია ნოტარიულად დამოწმებულ თარგმანთან ერთად:

12.1.2. 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);

12.1.3. შეძენილი მედიკამენტების დეტალური ჩამონათვალით; (საზღვარგარეთ შეძენილი მედიკამენტები ანაზღაურდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ეს მედიკამენტები გამოწერილია საზღვარგარეთ მკურნალი ექიმის მიერ და უშუალოდ ემსახურება ასეთი ექიმის მიერ დანიშნულ კურსს);

12.1.4. სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია, გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია.

12.1.5. გამგზავრებამდე გონივრული ვადით ადრე მზღვეველის გაფრთხილების შემთხვევაში, სავარაუდო კალკულაციის წარდგენის შემდეგ მზღვეველი 3 (სამი) სამუშაო უზუნველყოფს დაზღვეულის ინფორმირებას წინამდებარე მუხლით გათვალისწინებით ასანაზღაურებელი თანხის სავარაუდო მოცულობის შესახებ.

12.2. მზღვეველი დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს. ანაზღაურდება ჩატარებული გამოკვლევისა თუ მკურნალობის ღირებულების მხოლოდ ის ნაწილი, რომელიც შეესაბამება ამ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული საქართველოში მოქმედი საუკეთესო პრაქტიკის **სამედიცინო დაწესებულებების/აფთიაქების** საშუალო პრაქტიკულ ფასს იმ შემთხვევაში თუ მკურნალობის ჩატარება შესაძლებელია საქართველოში, ხოლო თუ მკურნალობის ჩატარება არ არის შესაძლებელი საქართველოში ანაზღაურება მოხდება სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაციის საფუძველზე დადგენილი **ლიმიტის** და **თანაგადახდის** ფარგლებში.