

საქართველოს სახელმწიფო დაცვის სპეციალური სამსახური



სადაზღვევო და საპენსიო მომსახურებების ელექტრონული
ტენდერის საშუალებით სახელმწიფო შესყიდვა
სახელმწიფო შესყიდვის ერთობლივად განხორციელება

ქ. თბილისი

2018 წელი

ტექნიკური დავალება:

ჯანმრთელობის დაზღვევის მომსახურება 2542 პერსონაზე. მათ შორის:

საქართველოს სახელმწიფო დაცვის სპეციალური სამსახური – 2500 თანამშრომელი;

სსიპ „სახელისუფლებო სპეციალური კავშირგაბმულობის სააგენტო“ – 42 თანამშრომელი.

- მომსახურების სავარაუდო ღირებულება 12 თვეზე გაანგარიშებით. არასრული თვის შემთხვევაში მოხდება პროპორციული გადაანგარიშება დღეების მიხედვით.

- პრეისკურანტის სავარაუდო ღირებულება წარმოადგენს სატენდერო დოკუმენტაციით განსაზღვრული ინდივიდუალური „საბაზისო ინდივიდუალური სადაზღვევო პაკეტის“ ერთეულის ღირებულებას (ერთი თვის სადაზღვევო პრემია ერთ დაზღვეულ თანამშრომელზე). პრეისკურანტის საბოლოო ღირებულება უნდა ითვალისწინებდეს შესაბამისი მომსახურების გაწევასთან დაკავშირებულ ყველა სახის ხარჯს, მათ შორის მოქმედი კანონმდებლობით დადგენილ გადასახადებს.

- გაუმჯობესებული (საბაზისო ინდივიდუალური ბარათის ზევით) ბარათის პირობებით და/ან ოჯახის წევრის სადაზღვევო მომსახურების მიღების სურვილის შემთხვევაში დაზღვეული თანამშრომელი განახორციელებს შესაბამისი სადაზღვევო პრემიის გადახდას და შესაბამისი წერილობითი დავალების მიცემას დამზღვევისათვის/შემსყიდველისთვის, რათა მან დაზღვეულის ხელფასიდან განახორციელოს მზღვეველისათვის/მიმწოდებლისთვის კუთვნილი სადაზღვევო პრემიის დაკავება და მზღვეველისათვის გადარიცხვა.

1. საბაზისო ინდივიდუალური სადაზღვევო პაკეტი

სამედიცინო დახმარების სახეები		
	%	ლიმიტი
24 საათიანი სატელეფონო-საინფორმაციო მომსახურება	100%	ულიმიტო
ოჯახის ექიმის დახმარება	100%	ულიმიტო
ჰოსპიტალური დახმარება	100%	15 000 ლარი
მშობიარობა	100%	1200 ლარი
გადაუდებელი ამბულატორიული დახმარება	100%	ულიმიტო
გეგმიური ამბულატორიული დახმარება	80%	2200 ლარი
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება გამონაკლისების გარეშე პროვაიდერ კლინიკებში საქართველოს მასშტაბით მზღვეველის მითითებით	50%	ულიმიტო
მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურება	80%	1200 ლარი
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	100%	ულიმიტო
ყოველწლიური სავალდებულო სამედიცინო გამოკვლევა	100%	წელიწადში ორჯერ
გადაუდებელი სტომატოლოგიური დახმარება	100%	ულიმიტო
გეგმიური სტომატოლოგიური დახმარება პროვაიდერ კლინიკებში	50%	1000 ლარი
სიცოცხლის დაზღვევა	10000 ლარი	
სამოგზაურო დაზღვევა	50 000 ევრო/დოლარი, (სადაზღვევო პერიოდი 30 დღე)	

1.1. საოჯახო პაკეტის სადაზღვევო პრემიის ოდენობის კოეფიციენტი არ უნდა აღემატებოდეს 3.0-ს.

1.2. დამატებით, ოჯახის წევრ(ებ)ის დაზღვევის შემთხვევაში არ უნდა იყოს აუცილებელი სადაზღვევო პაკეტის გაუმჯობესება, ოჯახის წევრ(ებ)ი დაზღვეული უნდა იქნეს იგივე პაკეტით, რომელითაც დაეზღვევა სამსახურის თანამშრომელი.

2. აუცილებელი მოთხოვნები:

- ✓ „თავისუფალი არჩევანი“-ს პრინციპი - სადაზღვევო კომპანიასთან შეტყობინებისა და შეთანხმების გარეშე მომსახურების მიღების შესაძლებლობა დაზღვეულის სურვილისამებრ საქართველოს ტერიტორიაზე არსებულ ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში (შესაბამისი ლიმიტებით და თანაგადახდით).
- ✓ ოჯახის ექიმის მიერ გამოწერილი საგარანტიო წერილით, დაზღვეულს უნდა შეეძლოს სარგებლობა მინიმუმ 4 (ოთხი) ალტერნატიულ სააფთიაქო ქსელში ფილიალებით ქვეყნის მასშტაბით, რომლებთანაც გაფორმებული ხელშეკრულებები შემსყიდველის მოთხოვნის შემთხვევაში, პრეტენდენტის მიერ წარმოდგენილ უნდა იქნას დამზღვევსა და მზღვეველს შორის ხელშეკრულების გაფორმებამდე.
- ✓ ოჯახის ექიმის/წარმომადგენლის მომსახურების მიღება დაზღვეულს უნდა შეეძლოს: მინიმუმ 15 ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში **ქ. თბილისში**, (აქედან, მინიმუმ 3 უნდა იყოს მულტიპროფილური ტიპის (ამბულატორიით და ჰოსპიტალით) და მინიმუმ 6 დაწესებულება კომპიუტერული ტომოგრაფიით CT) **ქ.ქუთაისი** - მინიმუმ 3 ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში (აქედან მინიმუმ 2 უნდა იყოს მულტიპროფილური ტიპის (ამბულატორიით და ჰოსპიტალით) მინიმუმ ერთ დაწესებულებაში კომპიუტერული ტომოგრაფია CT და მინიმუმ ერთ დაწესებულებაში მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფია MRI).

ქ. ბათუმი - მინიმუმ 3 ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში (აქედან მინიმუმ 2 უნდა იყოს მულტიპროფილური ტიპის (ამბულატორიით და ჰოსპიტალით) მინიმუმ ერთ დაწესებულებაში კომპიუტერული ტომოგრაფია CT და მინიმუმ ერთ დაწესებულებაში მაგნიტურ-რეზონანსური ტომოგრაფია MRI).

დამზღვევს უნდა მიეწოდოს ინფორმაცია ყველა ზემოაღნიშნული სამედიცინო დაწესებულების მისამართებისა და საკონტაქტო მონაცემების შესახებ სატენდერო წინადადებასთან ერთად. აღნიშნული სამედიცინო დაწესებულებები უნდა იყოს მზღვეველის პროვაიდერი და უნდა გაუწიოს მომსახურება ყველა დაზღვეულს (მიუხედავად ასაკისა).

ანაზღაურების მოქნილი და მარტივი სქემა - 500 ლარამდე თანხის ანაზღაურება წარდგენილი დოკუმენტების საფუძველზე სადაზღვევო კომპანიის სერვის ცენტრებში წარდგენისთანავე (დოკუმენტაციის განხილვა უნდა მოხდეს ადგილზე, განხილვისათვის დამატებითი ვადების განსაზღვრის გარეშე, მიუხედავად გაწეული სამედიცინო დახმარების შინაარსისა), 500 ლარზე ზევით პირად ანგარიშზე გადარიცხვით მაქსიმუმ 5 სამუშაო დღის განმავლობაში. წარმოდგენილი უნდა იქნას ანაზღაურების პუნქტების მისამართები და მუშაობის გრაფიკები (ქ.თბილისში ერთი ანაზღაურების პუნქტი მაინც უნდა მუშაობდეს შაბათს მინიმუმ 14:00 სთ-მდე და სამუშაო დღეებში მინიმუმ 20:00 სთ-მდე).

შენიშვნა:

ასაკობრივი შეზღუდვა – დაზღვევას უნდა ექვემდებარებოდნენ დამზღვევის თანამშრომლები ასაკის შეუზღუდავად, ასევე მათი ოჯახის წევრები – მეუღლე ასაკის შეუზღუდავად და შვილები/გერები 0-დან 21 წლამდე – საოჯახო ბარათის ფარგლებში და პირობებით, ხოლო 21 წლიდან შვილები/გერები და მშობლები 65 წლამდე (VIP 2 ბარათის შემთხვევაში მშობელზე არ ვრცელდება ასაკობრივი შეზღუდვა), ასევე, დაზღვეულის სურვილის შემთხვევაში, მეუღლე და/ან შვილი ასაკის შეუზღუდავად ინდივიდუალური ბარათის ფარგლებში და პირობებით. **იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეულს 21 წელი ან 65 წელი**

შეუსრულდება სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში, სადაზღვევო პაკეტის შეცვლა დაუშვებელია.

გამარჯვებულმა კომპანიამ უნდა უზრუნველყოს დაზღვეულები დამატებითი შესაძლებლობით თავისთვის და თავისი ოჯახისათვის (მეუღლე, შვილები/გერები, მშობლები) თავისი სურვილით, საკუთარი ხარჯით გაიზარდონ (გაიუმჯობესონ, როგორც პროცენტულად ასევე მომსახურების პირობების მხრივ ხარისხობრივად) სადაზღვევო მომსახურების პაკეტი. ამასთან, შემსყიდველი უზრუნველყოფს დაზღვეულთა ხელფასიდან შესაბამისი დამატებითი ან/და გაუმჯობესებული სადაზღვევო მომსახურების ღირებულების დაკავებას და პრეტენდენტისათვის გადარიცხვას.

გამარჯვებულმა კომპანიამ, დაზღვეულის ან/და მისი ოჯახის წევრ(ებ)ის სურვილისამებრ და დამზღვევის მიმართვის საფუძველზე, დაზღვეულის პენსიაზე გასვლის, სამსახურიდან გათავისუფლების, დეკრეტულ შვებულებაში გასვლის (ან უკვე დეკრეტულ შვებულებაში მყოფის) ან/და გარდაცვალების შემთხვევაში, უნდა უზრუნველყოს ინდივიდუალური ხელშეკრულების გაფორმება არსებული პირობებით. ამასთან არ უნდა მოხდეს სადაზღვევო პერიოდის წყვეტა.

დაზღვეული თანამშრომელი უფლებამოსილია მიიღოს მის მიერ დაზღვეული ოჯახის წევრის კუთვნილი ანაზღაურება (გამარჯვებული კომპანიის მოთხოვნის შემთხვევაში, კონკრეტული ოჯახის წევრი ერთხელ უნდა გამოცხადდეს ანაზღაურების პუნქტში და დააფიქსიროს თანხმობა).

3. ცხრილში გაწერილი თითოეული სამედიცინო მომსახურება გულისხმობს შემდეგს:

3.1. 24 საათიანი სატელეფონო კონსულტირება:

სადელამისო სატელეფონო-საინფორმაციო, საორგანიზაციო კონსულტაციები ჯანმრთელობის მდგომარეობასთან დაკავშირებული ნებისმიერი პრობლემის წარმოქმნისას. დაზღვეულს საშუალება უნდა ქონდეს მიიღოს სრული და ოპერატიული ინფორმაცია სადაზღვევო პროგრამის, სამედიცინო დახმარების ორგანიზებისა და კოორდინირების შესახებ. აღნიშნული გულისხმობს დაზღვეულის ჰოსპიტალური და ამბულატორიული მკურნალობის საჭიროებისას როგორც მკურნალობის პროცესზე და ხარისხზე, ასევე სამედიცინო და ფინანსურ დოკუმენტაციაზე ზედამხედველობის უზრუნველყოფას.

3.2. ოჯახის ექიმის დახმარება:

- ოჯახის ექიმის კონსულტაციები;

- ოჯახის ექიმის ვიზიტი ბინაზე, შემდეგ შემთხვევებში:

- ბავშვებში 0-1 წლის ჩათვლით, რომლებსაც აღენიშნებათ:
ტემპერატურის მომატება და/ან სხვა სიმპტომები (ტემპერატურული რეაქციით ან მის გარეშე): ღებინება, ფაღარათი, კანზე ახალგაჩენილი გამონაყარი, ხველა ბრონქოსპაზმის ნიშნებით, თავის ან მუცლის ტკივილი.
- 1 წლის ზემოთ ბავშვთა ასაკის პაციენტებში გავრცელებული პრობლემების დროს: ცხელება, გაცივება, ხველა, ყურის ტკივილი, თავის ტკივილი, დიარეა/ღებინება და მუცლის ტკივილის უმრავლესი შემთხვევები.
- მოზრდილებში, გავრცელებული პრობლემებით, როგორიცაა: ცხელება, ხველა, ყელის ტკივილი, გრიპი, ზურგისა და მუცლის ტკივილი.
- ისეთი პრობლემების დროს, როგორიცაა: გადაადგილების შესაძლებლობის შეზღუდვა, სახსრების ტკივილი და ზოგადი სისუსტე.
- შეზღუდული შესაძლებლობის მქონე პირებში, თუ მათი ტრანსპორტირება დაკავშირებულია სერიოზულ ფიზიკურ დისკომფორტთან.

ოჯახის ექიმის ბინაზე ვიზიტი სასურველია შესრულდეს მომდევნო სამუშაო დღის ბოლომდე, თუ ბინაზე გამოძახების მოთხოვნა ერთი ეპიზოდის განმავლობაში

განმეორებითა და ახალი სიმპტომების გაჩენას ან მდგომარეობის გაუარესებას არ უკავშირდება.

- **ოჯახის ექიმის მომსახურება მოიცავს:** სადაზღვევო შემთხვევის კოორდინაციასა და მართვას, სამედიცინო ჩვენებისას მიმართვის გაცემას დამატებითი კონსულტაციების და/ან გამოკვლევების ჩასატარებლად, მკურნალობის დანიშვნას და მკურნალობის ტაქტიკის შეთანხმებას კონკრეტული პროფილის სპეციალისტებთან, საგარანტიო წერილის გამოწერას.

- დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგი და დაზღვეულის ავადმყოფობის ისტორიის შექმნა;

- სამედიცინო რეკომენდაციები ცხოვრების ჯანსაღი წესის დამკვიდრებისთვის;

- საჭიროების შემთხვევაში დამატებითი სპეციალისტების მოწვევა და კონსილიუმების ორგანიზება;

- თითოეულ დაზღვეულს უნდა შეეძლოს შეუზღუდავად ისარგებლოს ოჯახის ექიმ(ებ)ის დახმარებით.

განსაკუთრებული პირობა: დაზღვეულს ყველა ლოკაციაზე/პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში ოჯახის ექიმთან ვიზიტი უნდა შეეძლოს ყოველგვარი წინასწარი შეთანხმებისა და ვიზიტის დაგეგმვის გარეშე, რაც მოიაზრებს დაზღვეულთა შესაძლებლობას სამუშაო დროის განმავლობაში ნებისმიერ დროს მიიღონ ოჯახის ექიმის 3.2 ქვეპუნქტში მითითებული მომსახურებები. შესაბამისად, ოჯახის ექიმები უნდა იყვნენ მუდმივად განთავსებულები აღნიშნულ ლოკაციებზე/პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. 3.2 ქვეპუნქტში მითითებული მომსახურებების მიწოდება ოჯახის ექიმმა უნდა განახორციელოს მიუხედავად დაზღვეულის ასაკისა.

- დამზღვევის მოთხოვნით მზღვეველმა უნდა უზრუნველყოს ოჯახის ექიმის განთავსება დამზღვევთან წინასწარ შეთანხმებულ ორ ლოკაციაზე და დამზღვევის მიერ შერჩეულ ნებისმიერ ორ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში საქართველოს მასშტაბით, რომელიც მოემსახურება დამზღვევის თანამშრომლებს და მათი ოჯახის წევრებს. აღნიშნული სამედიცინო დაწესებულება დაზღვეულებს უნდა უზრუნველყოფდეს შემდეგი სამედიცინო სერვისებით:

1. ექიმი-სპეციალისტების კონსულტაცია;
2. ინსტრუმენტულ/ლაბორატორიული გამოკვლევები;
3. მაღალტექნოლოგიური გამოკვლევები;
4. ოჯახის ექიმის მომსახურება.

3.3. ჰოსპიტალური დახმარება:

- სამკურნალო დაწესებულებაში სამედიცინო დახმარება დაზღვეულის 24 სთ-ზე (ოტო-რინო-ლარინგოლოგიური ქირურგიული ოპერაციების შემთხვევაში 6 სთ-ზე) მეტი ხნით განთავსებისას (მიუხედავად გაწეული მომსახურების შინაარსისა, მათ შორის ამბულატორიული მომსახურების მიღებისას), აღნიშნული უნდა მოიცავდეს როგორც გადაუდებელი, ასევე გეგმიური ჰოსპიტალური დახმარებისას სამკურნალო-დიაგნოსტიკური, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევების გარანტირებული მოცულობის უზრუნველყოფას. მათ შორის კონსულტაციების, სათანადო ქირურგიული და კონსერვატიული მკურნალობის, მოვლის, სამედიცინო მანიპულაციების, დანიშნული მედიკამენტების, წინასაოპერაციო კვლევების და ყველა სხვა აუცილებელი ღონისძიებების

ხარჯების ანაზღაურებას სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის ფარგლებში. გეგმიური ჰოსპიტალიზაციის ლიმიტის ფარგლებში სრულად (სუბლიმიტის გარეშე) უნდა ფინანსდებოდეს ყველა მანიპულაცია;

3.4. მშობიარობა:

- ითვალისწინებს მშობიარობასთან დაკავშირებული ყველა ხარჯის (ფიზიოლოგიური მშობიარობა, საკეისრო კვეთა) ანაზღაურებას, მათ შორის გაუტკივარების ხარჯს. სადაზღვევო მომსახურების მიღება მოხდება სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში.

3.5. ამბულატორიული მკურნალობა:

- ითვალისწინებს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებით სამედიცინო დახმარებას საქართველოს ტერიტორიაზე არსებულ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში. აღნიშნული უნდა მოიცავდეს როგორც გადაუდებელი ასევე გეგმიური ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში სხვადასხვა პროფილის ექიმ-სპეციალისტების კონსულტაციების, სამედიცინო მანიპულაციების და ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების ხარჯების ანაზღაურებას, ასევე შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებით, ნებისმიერ ლაბორატორიულ ინსტრუმენტულ კვლევებს, გინეკოლოგიის კონსულტაციებსა და მედიკამენტოზურ მკურნალობას ორსულობის მთელი პერიოდის განმავლობაში, სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში. აღნიშნული ასევე უნდა ითვალისწინებდეს ისეთ გამოკვლევებს, რომლებიც იგზავნება საზღვარგარეთ, მზღვეველის პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებების ბაზაზე. (გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება განისაზღვრება ჯანდაცვის სამინისტროს პოზიტიური სიის შესაბამისად).

3.6. მედიკამენტების დანიშვნა და ღირებულების ანაზღაურება:

- ანაზღაურებას ექვემდებარება ყველა ფარმაცევტული პროდუქტი (იგულისხმება ასევე ე.წ. „არარეგისტრირებული მედიკამენტების“ ანაზღაურება, მათ შორის დანიშნული როგორც პროვაიდერი, ასევე არაპროვაიდერი კლინიკის სტომატოლოგის მიერ), რომელიც იყიდება შესაბამისი ლიცენზიის მქონე სააფთიაქო ქსელებში და დანიშნულია ექიმის მიერ სამკურნალოდ ან რაიმე გართულების თავიდან ასაცილებლად;
- დანიშნული მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურება სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში. სადაზღვევო მომსახურების მიღება მოხდება დაზღვეულის მიერ წარმოდგენილი ექიმის დანიშნულების და ქვითრების საფუძველზე.
- ითვალისწინებს დაზღვეულისთვის გამოწერილი ხანგრძლივად მისაღები მედიკამენტის (ექიმ-სპეციალისტის დანიშნულების საფუძველზე) ოჯახის ექიმის მიერ მინიმუმ ორი თვის მარაგზე საგარანტიო წერილის გაცემას;
- მიმწოდებელი ვალდებულია დაზღვეულისთვის მომსახურების მიღებისას შექმნას მედიკამენტების საგარანტიო წერილის გაცემის იმგვარი სისტემა, რომლის მეშვეობითაც დაზღვეულს არ მოუწევს თითოეულ სააფთიაქო ქსელში სხვადასხვა ფორმატის საგარანტიო წერილის წარდგენა, არამედ ერთი საგარანტიო წერილით შეეძლოს ყველა სააფთიაქო ქსელში მომსახურების მიღება და შესაბამისად, მომსახურება მიიღოს მარტივად და დამატებითი ბარიერების გარეშე.

3.7. სასწრაფო სამედიცინო დახმარება:

- ნებისმიერი ლიცენზირებული, გადაუდებელი სამედიცინო დახმარების ბრიგადების მომსახურება პედიატრიულის ჩათვლით (მათ შორის, შემსყიდველის მიერ დამატებით მოთხოვნილი სასწრაფო სამედიცინო დახმარების გამწვევი კონკრეტული დაწესებულება),

აგრეთვე, რეანიმობილით ტრანსპორტირება საქართველოს ტერიტორიაზე. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ, დაზღვეულისთვის სამედიცინო დაწესებულების შერჩევა მოხდება დაზღვეულთან შეთანხმებით.

3.8. ყოველწლიური სავალდებულო სამედიცინო გამოკვლევა:

- ითვალისწინებს დაზღვეულის სურვილით ან შემსყიდველის სამედიცინო მთავარი სამმართველოს მოთხოვნის საფუძველზე, ორი კვირის ვადაში სამედიცინო დაწესებულებაში თავისუფალი არჩევანის პრინციპით შემდეგი სახის მომსახურების ორგანიზებას და ფინანსურ უზრუნველყოფას:
- თერაპევტის კონსულტაცია;
- კლინიკურ-ლაბორატორიული გამოკვლევები (ექიმის დანიშნულებით);
- სისხლის საერთო ანალიზი;
- შარდის საერთო ანალიზი;
- გლუკოზის განსაზღვრა სისხლში;
- კარდიოგრაფია;
- ულტრასონოგრაფია;
- ტრედმილის ტესტი (შემსყიდველის სამედიცინო მთავარი სამმართველოს მოთხოვნის საფუძველზე);
- კარდიოექსკოპია;
- კოაგულოგრამა;
- ლიპიდური ცვლა.

სახელმწიფო დაცვის სპეციალური სამსახურის სამედიცინო მთავარი სამმართველოს მოთხოვნის საფუძველზე 20 თანამშრომლისთვის დამატებით:

ა) წელიწადში ერთხელ:

- ცხვირ-ხახის ბაქტერიოლოგიური კვლევა (პათოგენურ მიკროფლორაზე);
- შემოწმება ჰელმინთების კვერცხებზე, ჰეპატიტი B, C, შიდსი, ათაშანგი, გონორეა;
- გამოკვლევა ტუბერკულოზზე (გულმკერდის რენტგენოგრაფია).

ბ) კვარტალში ერთხელ:

- დერმატო-ვენეროლოგის კონსულტაცია, ვენერიული და კანის სხვადასხვა დაავადებების გამორიცხვის მიზნით.

3.9. გადაუდებელი სტომატოლოგიური დახმარება:

- კბილის მწვავე ტკივილისას პირველადი სტომატოლოგიური დახმარების გაწევასთან (კბილის მწვავე ტკივილის მოხსნა, ანესთეზია, ვიზიო/რენტგენი, არხის გახსნა და კბილის ექსტრაქცია) დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურება, თავისუფალი არჩევანის პრინციპით, ნებისმიერ სტომატოლოგიურ კლინიკაში საქართველოს ტერიტორიაზე.

3.10. გეგმური სტომატოლოგიური დახმარება:

- ყველა სახის დიაგნოსტიკური, თერაპიული და ქირურგიული მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება სადაზღვეო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტისა და თანაგადახდის ფარგლებში პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკაში საქართველოს ტერიტორიაზე.

3.11. სიცოცხლის დაზღვევა (ვრცელდება მხოლოდ თანამშრომლებზე):

- ითვალისწინებს დაზღვეული თანამშრომლის უბედური შემთხვევით ან ნებისმიერი ბუნებრივი მიზეზით გამოწვეული (გარდა სუიციდისა და გამონაკლისებში გათვალისწინებული შემთხვევებისა) გარდაცვალების შემთხვევაში მოსარგებლისათვის (ოჯახის ან ოჯახის რომელიმე წევრი) თანხის ანაზღაურებას. სადაზღვეო მომსახურების მიღება მოხდება მოსარგებლის მიერ წარმოდგენილი დოკუმენტაციის საფუძველზე სადაზღვეო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის ფარგლებში.

3.12. სამოგზაურო დაზღვევა (ვრცელდება მხოლოდ თანამშრომლებზე):

- ითვალისწინებს მხოლოდ თანამშრომლის დაზღვევას საზღვარგარეთ მოგზაურობისას, პოლისი გაიცემა პასპორტის და/ან მოქალაქის პირადობის მოწმობის და სადაზღვეო ბარათის საფუძველზე.

3.13. გამონაკლისებში არსებული დაავადებების/მდგომარეობების ამბულატორიული მკურნალობის ხარჯები პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში საქართველოს მასშტაბით ყველა რაიონულ ცენტრში:

- ითვალისწინებს 3.14. პუნქტში - ჯანმრთელობის დაზღვევის გამონაკლისებში მითითებული დაავადებების/მდგომარეობების ამბულატორიული მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში საქართველოს მასშტაბით ყველა რაიონულ ცენტრში. ასეთ დროს, დაზღვეულს მომსახურება უნდა გაეწიოს სადაზღვეო პოლისისა და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტის და ოჯახის ექიმის მიმართვის წარდგენის საფუძველზე.

3.14. ჯანმრთელობის დაზღვევის გამონაკლისები:

- შაქრიან ან უშაქრო დიაბეტთან, თირკმლის და/ან ღვიძლის ქრ. უკმარისობასთან, სისტემურ დაავადებებთან (კერძოდ: კვანძოვანი პოლიარტრიტი, მანევროზებელი ვასკულოპათიები, სისტემური წითელი მგლურა, დერმატოპოლიმიოზიტი, სისტემური სკლეროზი, შემაერთებული ქსოვილის სისტემური დაზიანებები) და მათ გართულებებთან დაკავშირებული გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები, გარდა ურგენტული (გადაუდებელი) სამედიცინო დახმარებისა და პირველადი დიაგნოსტიკისა;
- სხეულის განზრახ თვითდაზიანებით გამოწვეულ დაავადებათა სამედიცინო მომსახურების ხარჯები; გარდა იმ შემთხვევებისა, როდესაც დაზღვეული თანამშრომელი მოქმედებს სხვისი სიცოცხლის გადარჩენის მიზნით, აგრეთვე როდესაც დაზღვეული ს.დ.ს.ს. თანამშრომელი სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულების დროს განზრახ იგდებს თავს საფრთხეში დაცვის ობიექტის ქონების გადასარჩენად; თვითმკურნალობის და მისი გართულებების ხარჯები; ალტერნატიული (არატრადიციული) მედიცინის, აკუპუნქტურის, ჰომეოპათიის (ანაზღაურებას ექვემდებარება მხოლოდ მანიპულაციის ხარჯები), ოზონოთერაპიის, მეზოთერაპიის, პლაზმაფერეზის (გარდა პოლი-მიელო-ნეიროპათიის დიაგნოზის შემთხვევისა) ხარჯები, ბიოლოგიურად აქტიური და საკვები დანამატების, პირადი ჰიგიენის ან/და მოვლის საშუალებების შეძენასთან დაკავშირებული ხარჯები;

- არასამედიცინო ჩვენებით განპირობებული და ნებისმიერი დამატებითი მომსახურების ხარჯები (გარდა იმ ფარმაცევტული პროდუქტებისა, რომლებიც ექიმის მიერ არის დანიშნული);
- ნებისმიერი პროფესიული სპორტის სახეობებში ან სპორტსმენის სახით სპორტულ სახეობებში (სპორტულ შეჯიბრში, წვრთნაში, საჩვენებელ გამოსვლაში და სხვ. გარდა სამსახურებრივი ნორმატივების ჩაბარებისა და სხვა ისეთი სპორტული აქტივობებისა, რომელიც ითვლება სამსახურებრივი მოვალეობის შესრულებად) მონაწილეობისას, ან მომეტებული რისკის სამოყვარულო სპორტის სახეობებში, კერძოდ: პარაშუტით ან დელტაპლანით ხტომაში, კლდეზე ცოცვაში, მთასვლელობაში, ავტო ან მოტო რბოლაში, სპელეოლოგიაში, წყალქვეშ ყვინთვაში, ცხენოსნობაში, ჯომარდობაში, რაგბში მონაწილეობისას დამდგარ შემთხვევებთან დაკავშირებული ხარჯები;
- ალკოჰოლიზმთან, ნარკომანია და ტოქსიკომანიასთან დაკავშირებული ხარჯები; დაზღვეულის ალკოჰოლური, ნარკოტიკული, ტოქსიკური ან ფსიქოტროპული ნივთიერებ(ებ)ის ზემოქმედების ქვეშ სატრანსპორტო საშუალების მართვისას მომხდარი ავტოსაგზაო შემთხვევით გამოწვეული დაავადებების სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;
- ეგზოპროთეზებთან და ორგანოთა ტრანსპლანტაციასთან დაკავშირებული ხარჯები, ნებისმიერი სამედიცინო ჩარევის დროს, მხედველობის ექსიმერ-ლაზერით კორექციასთან, სათვალის, ლინზისა და სმენის აპარატის შეძენასთან დაკავშირებული ხარჯები (არ იგულისხმება სახსრის შეცვლა პროთეზით ანუ ენდოპროთეზირება, ორგანული ქსოვილების ჩანაცვლება ხელოვნური საშუალებით, მაგალითად თვალის ბადურა, ბროლი და სხვ., აგრეთვე იმ სახის პროთეზები და/ან დამხმარე საშუალებები, რომელიც ოპერაციისას შეიძლება გახდეს საჭირო, აგრეთვე კარდიო-სტიმულატორი, საიმობილიზაციო-საფიქსაციო ფირფიტები, ჭანჭიკები და ა.შ., ის მაკორეგირებელი დანიშნულების სამედიცინო „მოწყობილებები“ რომელთა საშუალებითაც ტარდება ოპერაცია);
- ვაქცინაციის და იმუნიზაციის ხარჯები (გარდა ანტიტეტანურისა, ანტირაბიულისა და ბოტულიზმისა); თანდაყოლილი და გენეტიკური დაავადებების და მათი გართულებების სამედიცინო მომსახურების ხარჯები; კოსმეტიკური მკურნალობის, პლასტიკური ქირურგიის (პლასტიკური ქირურგიის ხარჯები ანაზღაურდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ საჭიროა ორგანოს ფუნქციის აღდგენის მიზნით ქირურგიული ოპერაცია), წონის კორექციასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- უნაყოფობის, იმპოტენციის დიაგნოსტიკის და მკურნალობის ხარჯები; არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული აბორტის ხარჯები; კონტრაცეფციის, ხელოვნური განაყოფიერების, რეპროდუქტოლოგიის ხარჯები;
- გონორეის, ათაშანგის, შანკროიდის, ვენერიული გრანულომით გამოწვეული დონოვანოზის გამოკვლევის და მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება (ანაზღაურდება მხოლოდ პირველადი დიაგნოსტიკა);
- დიაგნოსტირებული ფსიქიკური დაავადებების, სარეაბილიტაციო მკურნალობის და მასაჟის ხარჯები (აღნიშნული ხარჯები ანაზღაურდება სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში შეძენილ დაავადებებზე. მკურნალობა განისაზღვრება სამედიცინო ჩვენებების საფუძველზე, მაგრამ არაუმეტეს 10 სეანსისა და გეგმიური ამბულატორიული დახმარების სადაზღვევო ლიმიტის ფარგლებში); ხარჯები, გაწეული აივ ინფექცია/შიდსის და B და C ჰეპატიტების მკურნალობისას;
- თავისუფლების აღკვეთის პერიოდში გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები;

შენიშვნა: იმ შემთხვევაში, თუ კონკრეტული დაზღვეულის სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება გათვალისწინებულია რაიმე სახის სახელმწიფო/რეფერალური პროგრამით, მათ შორის, სახელმწიფო სადაზღვევო პროგრამით, მზღვეველი იღებს ვალდებულებას, დაფაროს/აანაზღაუროს დაზღვეულის მიერ ასეთი პროგრამის ფარგლებში თანაგადახდის პრინციპით გადასახდელი თანხები წინამდებარე ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობების თანახმად. ამასთან, თუ დაზღვეული სამედიცინო მომსახურებას მიიღებს ისეთ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც არ მოქმედებს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამა, მზღვეველი იღებს ვალდებულებას, აანაზღაუროს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულება სრულად, ამ ხელშეკრულების პირობების მიხედვით, დაზღვეულის შესაბამის ბარათში არსებული ლიმიტისა და თანაგადახდის გათვალისწინებით.

ენდოპროთეზირებისას, აგრეთვე სხვა მაკორეგირებელი დანიშნულების სამედიცინო მოწყობილობების საშუალებით ჩატარებული ოპერაციების დროს მზღვეველი იტოვებს უფლებას, თავისი შეხედულებისამებრ განსაზღვროს ამგვარი სამედიცინო მოწყობილობ(ებ)ის მარკა/მოდელი/ტიპი.

- დაავადების ჯანმრთელობის დაზღვევის ხელშეკრულების გამონაკლისად მიკუთვნების საკითხი უნდა დასაბუთდეს მზღვეველის მიერ, დაზღვეულის მიერ სათანადო დოკუმენტაციის წარდგენიდან 5 სამუშაო დღის განმავლობაში და ეცნობოს დაზღვეულს წერილობით, წინააღმდეგ შემთხვევაში ანაზღაურება ხდება მითითებული ვადის გასვლიდან 2 სამუშაო დღეში, სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში.

ამასთან, დაზღვეულების წერილობითი თანხმობის შემთხვევაში, შემსყიდველი უფლებამოსილია 5 სამუშაო დღის ვადაში, მოსთხოვოს სადაზღვევო კომპანიას წერილობით არგუმენტირებული დასაბუთება უარის თაობაზე. წინააღმდეგ შემთხვევაში ანაზღაურება განხორციელდება მითითებული ვადის გასვლიდან 2 სამუშაო დღეში სადაზღვევო პროგრამით განსაზღვრული ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში.

მზღვეველს უფლება არ აქვს განსაზღვროს ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების, გამოკვლევების და/ან სხვა სამედიცინო მანიპულაციების მართებულობა. ამასთან, მზღვეველმა უნდა იხელმძღვანელოს მხოლოდ ხელშეკრულებით გათვალისწინებული პირობებით და არა რაიმე სხვა არსებული ნორმებით.

3.15. სიცოცხლის დაზღვევის გამონაკლისები:

1. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის ალკოჰოლური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ ყოფნას ან თუ დაზღვეული შემთხვევის დროს იმყოფებოდა ნარკოტიული, ფსიქოტროპული ან ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ;
2. თუ გარდაცვალება პირდაპირ ან არაპირდაპირ გამოწვეულია ან შედეგად მოჰყვა დაზღვეულის მიერ ჩადენილ თვითმკვლელობას ან თვითმკვლელობის მცდელობას, განზრახ თვითდაზიანებას;
3. თუ გარდაცვალება შედეგია დაზღვეულის მკვლელობისა, რომლის პირდაპირ ან არაპირდაპირ, უშუალო ან არაუშუალო მონაწილედ გვევლინება მოსარგებლე ან ნებისმიერი პირი, რომელიც დაინტერესებულია გარდაცვალების გამო ანაზღაურების მიღებით;

4. თუ გარდაცვალება შედეგია დაზღვეულის მიერ სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ჩადენის ან ამგვარის მცდელობისა;
5. თუ გარდაცვალება შედეგია დაზღვეულის შიდასივრცით დაავადების ან აივ-ით ინფიცირების;
6. დაზღვევა არ ვრცელდება პირებზე:
 - რომელთაც დაზღვევის ძალაში შესვლის მომენტში უტარდებათ სტაციონარული მკურნალობა ან რომელნიც საჭიროებენ მუდმივ მოვლას, ანუ ჭირდებათ დამხმარე ყოველდღიური საყოფაცხოვრებო აქტივობის შესასრულებლად;
 - როდესაც გარდაცვალების მიზეზი უცნობია.

3.15.1. სადაზღვევო პერიოდის განმავლობაში დაზღვეულის გარდაცვალების შემთხვევაში, მოსარგებლე ვალდებულია, დაუკავშირდეს 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს და შეტყობინება გააკეთოს სადაზღვევო შემთხვევის შესახებ არაუმეტეს 14 (თოთხმეტი) კალენდარული დღისა. ანაზღაურების მიღებაზე უფლებამოსილება დადასტურებული უნდა იქნას შემდეგი დოკუმენტებით:

- **დაზღვეულის** გარდაცვალების მოწმობა (რომელშიც მითითებული უნდა იყოს **დაზღვეულის** დაბადების და გარდაცვალების თარიღი, ასევე გარდაცვალების ადგილი და კანონმდებლობით დადგენილი სხვა ინფორმაცია);
- სამედიცინო ცნობა დაზღვეულის გარდაცვალების (სიკვდილის) შესახებ;
- შესაბამისი სამართალდამცავი ორგანოების მიერ გაცემული ცნობა მომხდარის შესახებ; ექსპერტიზის დასკვნა გარდაცვალების მიზეზის შესახებ; თუ მომხდარ შემთხვევასთან დაკავშირებით აღძრულია სისხლის სამართლის საქმე – მომხდარ შემთხვევასთან დაკავშირებით გამოძიების ხელთ არსებული დოკუმენტაცია (საქმის მასალები);
- მემკვიდრის (მოსარგებლის) პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი;
- მოსარგებლის, როგორც მემკვიდროს მოწმობა, რომელიც განსაზღვრავს მის წილს მამკვიდრებლის სამკვიდროში, თუ ასეთი პირი პირდაპირ არ არის დაზღვეულის მიერ შევსებულ განაცხადში მოსარგებლედ მითითებული).

მზღვეველი უფლებამოსილია, მოითხოვოს შესაბამისი კომპეტენტური ორგანოს მიერ გაცემული დოკუმენტი, რომელიც ადგენს **დაზღვეულის** გარდაცვალების მიზეზს, თუ **დაზღვეულის** გარდაცვალება გამოწვეულია არა **უბედური შემთხვევით; უბედური შემთხვევით** გამოწვეული გარდაცვალებისას ასეთი დოკუმენტის წარმოდგენა ერთმნიშვნელოვნად სავალდებულოა;

კონკრეტული შემთხვევის სპეციფიკიდან გამომდინარე, **მზღვეველი** უფლებამოსილია, მოითხოვოს შემთხვევასთან დაკავშირებული დამატებითი დოკუმენტაცია.

ანაზღაურება გაიცემა ყველა ზემოხსენებული დოკუმენტების მიღებიდან 20 (ოცი) კალენდარული დღის ვადაში.

შემთხვევის დამადასტურებელი დოკუმენტების წარმოდგენილობის შემთხვევაში, **მზღვეველი** უფლებამოსილია არ განიხილოს **სადაზღვევო შემთხვევა** და უარი თქვას **სადაზღვევო ანაზღაურების** გაცემაზე.

4. სადაზღვევო მომსახურების მიღებისა და სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემის წესი და პირობები:

4.1 24 საათიანი სატელეფონო-საინფორმაციო მომსახურება – დაზღვევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაციის მისაღებად და/ან სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებისათვის **დაზღვეულს** შეუძლია, დაუკავშირდეს **მზღვეველის 24** (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს; ქოლ ცენტრში შეტყობინების განუხორციელებლობა არ შეიძლება, გახდეს ანაზღაურებაზე უარის თქმის მიზეზი.

4.2 გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურების შემთხვევაში - დაზღვეული (ან წარმომადგენელი) სურვილისამებრ, 24 (ოცდაოთხი) საათის განმავლობაში უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს, შეტყობინება უნდა მოიცავდეს შემდეგი სახის ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი და გვარი, ბარათის ნომერი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, ჰოსპიტალში მოთავსების დრო. დაზღვეულის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ სრულყოფილი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს 1 (ერთ) სამუშაო დღეში მხოლოდ პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლის საფუძველზეც დაზღვეული უზრუნველყოფილი იქნება შესაბამის სტაციონარში მომსახურებით. ასეთ დროს დაზღვეული იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ თანაგადახდის თანხას და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების თანხის დარჩენილი ნაწილის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება.

4.3 გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების მისაღებად - დაზღვეულს შეუძლია მზღვეველთან წარმოადგინოს გეგმური ჰოსპიტალიზაციისათვის საჭირო სამედიცინო და ფინანსური დოკუმენტაცია, რის საფუძველზეც, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად, მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს 3 (სამი) სამუშაო დღეში მხოლოდ პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში, რაც უზრუნველყოფს დაზღვეულის მიერ შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში სამედიცინო მომსახურების მიღებას. ასეთ დროს დაზღვეული იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ თანაგადახდის თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი ბარათი ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების თანხის დარჩენილი ნაწილის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება.

4.4 გეგმური ან გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურებისას, მზღვეველისგან საგარანტიო წერილის მისაღებად დაზღვეულმა ან მისმა წარმომადგენელმა დაზღვეულის ბარათის და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველს უნდა წარუდგინოს:

- ფორმა #IV-100/ა;
- სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;
- ანგარიშ-ფაქტურა.

4.5 გეგმური და გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურებისას, არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვეულმა თავად უნდა გადაიხადოს მომსახურების სრული ღირებულება და მზღვეველთან წარმოადგინოს ფორმა #IV-100/ა, სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია, ანგარიშფაქტურა, თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და გადახდის დამადასტურებელი სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი. მზღვეველი კი დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

4.6 მშობიარობა - დაზღვეული (ან უფლებამოსილი მესამე პირი) სურვილისამებრ უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს სადაზღვევო შემთხვევის დადგომიდან 48 (ორმოცდარვა) საათის განმავლობაში, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულის მიერ შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღების ორგანიზებას მზღვეველის პროვაიდერ კლინიკებში ან სხვა ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებებში, ხოლო გეგმური საკეისრო კვეთის შემთხვევაში - დაზღვეულმა დოკუმენტაცია სასურველია წარმოადგინოს

მზღვეველთან ოპერაციის ჩატარებამდე; დაზღვეულის უფლებამოსილი წარმომადგენლის მიერ სრულყოფილი დოკუმენტაციის წარმოდგენის შემდეგ მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს 3 (სამი) სამუშაო დღეში მხოლოდ მზღვეველის პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში, რომლის საფუძველზეც დაზღვეული უზრუნველყოფილი იქნება შესაბამის სამედიცინო დაწესებულებაში მომსახურებით, რაც ათავისუფლებს დაზღვეულს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გადახდისაგან.

4.6.1 მზღვეველისგან საგარანტიო წერილის მისაღებად მშობიარობისას დაზღვეულმა (უფლებამოსილმა წარმომადგენელმა) დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად უნდა წარმოადგინოს:

- ფორმა #IV-100/ა;
- სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;
- ანგარიშფაქტურა;

4.6.2 არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვეულმა თავად უნდა გადაიხადოს მომსახურების სრული ღირებულება და მზღვეველთან წარმოადგინოს ფორმა #IV-100/ა; სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია და ანგარიშფაქტურა. მზღვეველი დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე ანაზღაურებს სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს, უნაღდო ანგარიშსწორების გზით;

4.7 **გადაუღებელი ამბულატორიული მომსახურების შემთხვევაში** - დაზღვეული (ან წარმომადგენელი) სურვილისამებრ, მომსახურების მიღებამდე ან მიღებისას უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს. შეტყობინება უნდა მოიცავდეს შემდეგ ინფორმაციას: დაზღვეულის სახელი და გვარი, ბარათის ნომერი, სამედიცინო დაწესებულების დასახელება, მიმართვის დრო. პროვაიდერ კლინიკაში დაზღვეული იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ თანაგადახდის თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი ბარათი ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დარჩენილი თანხის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება. არაპროვაიდერ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

4.8 **გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად** - დაზღვეულს შეუძლია დაუკავშირდეს 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს და/ან მიმართოს ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პროვაიდერ/არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. თუკი დაზღვეული ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე ამბულატორიულ მომსახურებას იტარებს არაპროვაიდერ კლინიკაში, ასევე, იმ შემთხვევაში, თუ პროვაიდერ კლინიკაში სპეციალისტის მიერ დამატებითი სამედიცინო კვლევა არ არის დადასტურებული პერსონალური ექიმის მიერ შესაბამისი მიმართვის გაცემით, დაზღვეულ პირს თავად მოუწევს სამედიცინო მომსახურების ღირებულების გადახდა, ასეთ შემთხვევაში, ანაზღაურების მისაღებად დაზღვეული მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღებისას თავად, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე, განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურების საკითხს. ასევე, დაზღვეულ პირს შეუძლია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებას, სადაც იგი თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე, ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

4.8.1 **გამონაკლისების გარეშე პროვაიდერ კლინიკებში მომსახურების მისაღებად** - დაზღვეული მიმართავს ოჯახის ექიმს. ოჯახის ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვით. დაზღვეულს შეუძლია აღნიშნული მომსახურების მიღება მხოლოდ ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე. ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე დაზღვეული პირი იხდის მომსახურების ღირებულების მხოლოდ ამ შემთხვევისათვის ბარათით განსაზღვრულ

თანაგადახდის წილს, დანარჩენი თანხის გადახდა ხდება მზღვეველის მიერ პირდაპირ სამედიცინო დაწესებულებისათვის. ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე მიღებული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

4.8.2 როგორც გეგმური, ასევე გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურებისას, თუ დაზღვეული თავად გადაიხდის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილ იქნას:

- ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა);

- თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

4.9 მედიკამენტების ანაზღაურება -

4.9.1 ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შეძენა, მიმართვის საფუძველზე ხორციელდება მხოლოდ პროვაიდერი ფარმაცევტული კომპანიების სააფთიაქო ქსელში.

4.9.2 იმ შემთხვევაში, თუ ექიმის მიერ დაზღვეულს დანიშნული აქვს მედიკამენტური მკურნალობა ხანგრძლივ (2 თვეზე მეტი) პერიოდზე, მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება მხოლოდ მედიკამენტების ის რაოდენობა, რაც საჭირო იქნება 2 (ორი) თვის მკურნალობის კურსისათვის და მომდევნო პერიოდის მკურნალობის კურსისთვის საჭირო მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურების ან საგარანტიო წერილის მოთხოვნის უფლება დაზღვეულს ექნება 2 (ორი) თვიანი კურსის დასრულებამდე არაუმეტეს 10 (ათი) დღით ადრე მომართვის შემთხვევაში. შესაბამისად, საგარანტიო წერილზე გამოიწერება მხოლოდ მკურნალობის 2 (ორი) თვიანი (მაგრამ არაუმეტეს ინდივიდუალური სადაზღვევო პერიოდის დასრულების ვადისა) კურსის მედიკამენტები;

4.9.3 თუ დაზღვეული მიმართვის გარეშე შეიძენს მედიკამენტებს, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილი იქნას:

- ქვითარი, შეძენილი მედიკამენტების დეტალური ჩამონათვალით;
- სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;
- სპეციალისტის დანიშნულება დიაგნოზის მითითებით;

4.10 სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახებისას - დაზღვეული (ან წარმომადგენელი) უკავშირდება მზღვეველის ქოლ ცენტრს. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საჭიროების შემთხვევაში, დაზღვეულის ტრანსპორტირების (თბილისში, ასევე, რაიონ(ებ)იდან უახლოეს სათანადო პროფილის სამედიცინო დაწესებულებაში) ორგანიზებას ახდენს მზღვეველი, რომელიც ასევე უზრუნველყოფს სამედიცინო დაწესებულებისათვის ხარჯების ანაზღაურებას. ასეთ შემთხვევებში, საკმარისია, დაზღვეულმა პირმა წარადგინოს ბარათი და პირადობის დამადასტურებელი დოკუმენტი და იგი თავისუფლდება მომსახურების ღირებულების გადახდისაგან;

4.10.1 იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეულს თავად მოუწევს სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამოძახება, იგი თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ასანაზღაურებლად მიმართავს მზღვეველს. ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილი იქნას:

- სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის ექიმის ჩანაწერი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ;

- ფინანსთა სამინისტროს მიერ დადგენილი ფორმით სტამბური წესით დაბეჭდილი ჩეკთან გათანაბრებული დოკუმენტის დედანი.

4.11 ყოველწლიური სავალდებულო სამედიცინო გამოკვლევა:

ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები ტარდება საქართველოს ტერიტორიაზე ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში თავისუფალი არჩევანის პრინციპის დაცვით;

4.12 გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული (ან წარმომადგენელი) სურვილისამებრ წინასწარ უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს, რომელიც უზრუნველყოფს მომსახურების ორგანიზებას. პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკაში მიმართვისას დაზღვეული იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ თანაგადახდის თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი ბარათი ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დარჩენილი თანხის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება; ხოლო სხვა ლიცენზირებულ დაწესებულებაში მიმართვისას – დაზღვეული იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და შემდგომ ასანაზღაურებლად მიმართავს მზღვეველს.

4.12.1 თუ დაზღვეული თავად გადაიხდის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილი იქნას:

- ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა);

- თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

4.13 გეგმურ სტომატოლოგიურ მომსახურებას პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში – რაც ითვალისწინებს: სტომატოლოგის კონსულტაციას, დიაგნოსტიკურ რენტგენოგრაფიას, კბილის დაბეჭენას, გეგმურ სტომატოლოგიურ ქირურგიულ მკურნალობას, პროფესიულ გაწმენდას, პაროდონტისა და ლორწოვანი გარსის მწვავე და ოდონტოგენური წარმოშობის დაავადებების მკურნალობას;

4.13.1 გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული სურვილისამებრ წინასწარ აკეთებს შეტყობინებას მზღვეველის 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრში; ქოლ ცენტრის ოპერატორები ახორციელებენ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას მზღვეველის მიერ წინასწარ განსაზღვრულ პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში. მზღვეველის არაპროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში მიღებული გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურების ხარჯები ანაზღაურებას არ ექვემდებარება გარდა იმ რეგიონებისა სადაც მზღვეველი ვერ უზღუნველყოფს პროვაიდერი სტომატოლოგიური კლინიკით უზრუნველყოფას. ასეთ შემთხვევაში არაპროვაიდერ ლიცენზირებულ დაწესებულებაში მიმართვისას – დაზღვეული იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და შემდგომ ასანაზღაურებლად მიმართავს მზღვეველს.

4.13.2 თუ დაზღვეული თავად გადაიხდის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილი იქნას:

- ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა);

- თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

4.14 სამოგზაურო დაზღვევა - აღნიშნული დაფარვის გასააქტიურებლად/სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის მისაღებად, სავალდებულოა, გაკეთდეს შეტყობინება სადაზღვევო კომპანიაში, რის შემდეგაც დაზღვეულის მიერ პასპორტის მზღვეველისათვის წარდგენის საფუძველზე გაიცემა შესაბამისი სამოგზაურო დაზღვევის პოლისი.

4.15 დოკუმენტაციის მზღვეველისათვის წარმოდგენისა და ანაზღაურების მზღვეველისაგან მოთხოვნის მაქსიმალური ვადა განისაზღვრება ასეთი თანხების

დაზღვეულის (მისი უფლებამოსილი წარმომადგენლის) მიერ გადახდიდან 60 (სამოცი) დღით. აღნიშნული ვადის გასვლის შემდეგ დაზღვეული არ არის უფლებამოსილი მზღვეველისაგან შესაბამისი სადაზღვევო ანაზღაურების მოთხოვნაზე.

5. ერთი ბარათის მეორეთი ჩანაცვლებისა და ახალი დაზღვეულის დამატების წესი (უნდა ვრცელდებოდეს როგორც საბაზისო, ასევე გაუმჯობესებულ ბარათებზე):

ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ერთი ბარათის მეორეთი ჩანაცვლება, ასევე ოჯახის წევრის სახით ახალი დაზღვეულის დამატება შესაძლებელი უნდა იყოს ხელშეკრულების ძალაში შესვლიდან მინიმუმ 2 (ორი) თვის განმავლობაში (ახალი თანამშრომლის სამსახურის მიღების შემთხვევაში, ასეთი ფაქტის დადგომიდან მინიმუმ 1 (ერთი) თვის განმავლობაში). ამასთან, მშობლების დამატება შესაძლებელი უნდა იყოს ხელშეკრულების ძალაში შესვლიდან 1 (ერთი) თვის განმავლობაში. ზემოაღნიშნული ვადის მიუხედავად, მეუღლის ოჯახის წევრის სახით დაზღვეულად დამატება შესაძლებელი უნდა იყოს ხელშეკრულების მოქმედების განმავლობაში დაქორწინების შემთხვევაში, ასეთი ფაქტის დადგომიდან 1 (ერთი) თვის განმავლობაში, ხოლო ახალშობილი შვილის – ბავშვის დაბადებიდან 1 (ერთი) თვის განმავლობაში. იმ შემთხვევაში, თუ დაზღვეული სარგებლობს საოჯახო პაკეტით, ახალშობილი შვილი დაზღვეული უნდა იქნეს მიმწოდებლისთვის საჭირო ინფორმაციის წარდგენის დღის შემდეგი დღიდან.