

ტექნიკური დავალება

შესყიდვის ობიექტი: ჯანმრთელობის და სიცოცხლის დაზღვევის მომსახურება;

დაზღვეულთა რაოდენობა: არანაკლებ 29 და არაუმეტეს 35 პერსონა.

მომსახურების გაწევის ვადები: 2019 წლის 01 იანვრიდან 2019 წლის 30 ივნისის ჩათვლით (ორივე თარიღის ჩათვლით (იმ შემთხვევაში, თუ მომსახურების გაწევა ვერ დაიწყება 2019 წლის 01 იანვრიდან (მომსახურების გაწევა დაიწყება 01, 02, 03 და ა.შ იანვრიდან) იანვრის თვის ანაზღაურება განხორციელდება თვის პრემიის პროპორციულად დღეების მიხედვით.

1. მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება უნდა მოხდეს შემდეგნაირად:

1.1 სადაზღვევო კომპანიის საგარანტიო წერილის/პირადი/ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე მზღვეველის პროვაიდერ კლინიკებში (ჰოსპიტალური, ამბულატორიული) მომსახურების მიღებისას დაზღვეული იხდის მხოლოდ არაანაზღაურებად თანხას სადაზღვევო პოლისით გათვალისწინებული ლიმიტების და თანაგადახდის პროცენტული წილის მიხედვით, ხოლო დარჩენილ თანხას – სადაზღვევო კომპანიას;

1.2 სადაზღვევო კომპანიის საგარანტიო წერილის/პირადი/ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე საქართველოს ტერიტორიაზე არსებულ ნებისმიერ ლიცენზირებულ პროვაიდერ/არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მომსახურების მიღებისას (გარდა სტომატოლოგიური კლინიკებისა და პროფილაქტიკური სამედიცინო შემოწმებისა) დაზღვეული თავად იხდის მიღებული მომსახურების საფასურს სრულად და მიმართავს სადაზღვევო კომპანიას ხარჯების ანაზღაურების თაობაზე. ასეთ შემთხვევაში მზღვეველი ახდენს დაზღვეულის მიერ გაწეული ხარჯების ანაზღაურებას დადგენილი ლიმიტების და თანაგადახდის პროცენტული წილის ფარგლებში ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად.

1.3 ანაზღაურება უნდა მოხდეს მხოლოდ გადახდის დამადასტურებელი და ექიმის მიერ დამოწმებული დოკუმენტების სადაზღვევო კომპანიისათვის წარდგენის საფუძველზე შემდეგვადებში:

1.3.1 200 (ორასი) ლარამდე – იმავე დღეს, ნაღდი ანგარიშწორებით,

1.3.2 200 (ორასი) ლარის ზევით – უნაღდო ანგარიშწორებით დოკუმენტების სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენიდან არაუგვიანეს 5 (ხუთი) სამუშაო დღისა.

1.3.3 ანაზღაურების მიზნით დოკუმენტების (გადახდის დამადასტურებელი და ექიმის მიერ დამოწმებული დოკუმენტები) სადაზღვევო კომპანიაში წარდგენა დასაშვებია უნდა იყოს 30 (ოცდაათი) დღის განმავლობაში.

1.4 იმ შემთხვევაში, თუ კონკრეტულ დაზღვეულთან მიმართებაში სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება გათვალისწინებულია რაიმე სახის სახელმწიფო/რეფერალური/ჯანმრთელობის დაცვის პროგრამ(ებ)ით ანუ აღნიშნული პირი აკმაყოფილებს ასეთი პროგრამის ბენეფიციარებისთვის დადგენილ კრიტერიუმებს, მზღვეველი იღებს ვალდებულებას, დაფაროს/აანაზღაუროს მხოლოდ ასეთი პროგრამის ფარგლებში კონკრეტული სამედიცინო მომსახურებისათვის განსაზღვრული თანაგადახდის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) მიღმა დაზღვეულის მიერ გადასახდელი თანხა. ამასთან, თუ დაზღვეული სამედიცინო მომსახურებას მიიღებს ისეთ სამედიცინო დაწესებულებაში, სადაც არ მოქმედებს შესაბამისი სახელმწიფო პროგრამა, მზღვეველი აანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას სრულად, ხელშეკრულების პირობების მიხედვით.

1.5 ქ. თბილისსა და რეგიონებში პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში პირადი ექიმის მომსახურება;

1.6 მომსახურების შეფერხების თავიდან აცილების მიზნით მზღვეველს უნდა გააჩნდეს ოჯახის ექიმთა (მათ შორის პედიატრთა) საკმარისი რაოდენობა;

1.7 შესაძლებელი უნდა იყოს საავადმყოფო ფურცლის (ბიულეტენი) გაცემა დამატებითი გადასახადის გარეშე პირადი/ოჯახის ექიმის დისლოკაციის ცენტრებში თბილისის ტერიტორიაზე;

1.8 შესაძლებელი უნდა იყოს ანაზღაურება განხორციელდეს მინიმუმ 3 (სამი) სერვის ცენტრი

1.10 პრეტენდენტს უნდა გააჩნდეს პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულებები (მათ შორის, მრავალპროფილური სამედიცინო დაწესებულებები, საქართველოს მასშტაბით მინიმუმ 6 (ექვსი) დიდ

ქალაქში (თბილისი, ქუთაისი, ბათუმი, ზუგდიდი, თელავი, გორი), აქედან თბილისში არანაკლებ 3 მრავალპროფილური სტაციონარული სამედიცინო დაწესებულება), რომელთაგან ყველა ემსახურება დაზღვეულს როგორც პროვაიდერი სამედიცინო დაწესებულება, ეს სამედიცინო დაწესებულებები დაზღვეულებს უზრუნველყოფს როგორც ამბულატორიული, ასევე სტაციონარული მომსახურებით;

1.11 პრეტენდენტს უნდა გააჩნდეს ოჯახის ექიმის/წარმომადგენლის მომსახურების მიღება:

1.11.1 მინიმუმ 10 ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში ქ. თბილისში;

1.11.2 მინიმუმ 1 ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში - ქ. ქუთაისში;

1.11.3 მინიმუმ 1 ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში - ქ. ბათუმში;

ძირითადი პაკეტი უნდა მოიცავდეს შემდეგ მომსახურებას

№	სადაზღვევო მომსახურების სახე	თანაგადახდა	ლიმიტი
1	24-საათიანი სატელეფონო ცენტრი	100 %	ულიმიტო
2	პირადი ექიმის მომსახურება	100 %	ულიმიტო
3	სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	100 %	ულიმიტო
ჰოსპიტალური სამედიცინო მომსახურება			
4	გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება	100 %	არანაკლებ 20 000 ლარი
5	გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურება	100 %	არანაკლებ 15 000 ლარი
6	დღის სტაციონარი	90 %	
7	ორსულობა/მშობიარობა	100 %	არანაკლებ 2 000 ლარი
ამბულატორიული მომსახურება			
8	გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	100 %	ულიმიტო
9	გეგმური ამბულატორიული მომსახურება პერსონალური ექიმის მიმართებით	100 %	არანაკლებ 3 000 ლარი
10	გეგმური ამბულატორიული მომსახურება პერსონალური ექიმის მიმართვის გარეშე	90 %	
11	მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურება მიმართვა/საგარანტიო წერილით მზღვეველის მიერ მითითებულ მინიმუმ 2 (ორი) სააფთიაქო ქსელში	100 %	არანაკლებ 3 000 ლარი
12	მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურება მიმართვა/საგარანტიო წერილის გარეშე	90 %	
13	გეგმური ამბულატორიული მომსახურება გამონაკლისების გარეშე მზღვეველის მიერ მითითებულ ლიცენზირებულ სამედიცინო ცენტრში	50%	ულიმიტო
დაავადებათა პროფილაქტიკა			
14	ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები	100 %	წელიწადში ორჯერ
15	ვაქცინაცია/იმუნიზაცია	100 %	წელიწადში ერთხელ
სტომატოლოგიური მომსახურება			
16	გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება	100 %	ულიმიტო
17	გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ კლინიკებში	90 %	არანაკლებ 3 000 ლარი
18	ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურება და იმპლანტაცია მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკაში №1	60 %	არანაკლებ 2 500 ლარი
19	ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურება და იმპლანტაცია მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკაში №2	60 %	არანაკლებ 2 500 ლარი
20	ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურება და იმპლანტაცია მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკაში №3	60 %	არანაკლებ 2500 ლარი

21	ოდონტოვიზიოგრამა, ორთოპანტომოგრამა, დენტალური კომპიუტერული ტომოგრამა მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკაში	40%	არანაკლებ 800 ლარი
22	მოუხსნელი ორთოდონტიული აპარატის (ბრეის სისტემა) დაყენების ხარჯების ანაზღაურება მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკაში	50%	ულიმიტო
23	ორთოპედიული და ორთოდონტიული სტომატოლოგიური მომსახურება მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკაში პოლისით გათვალისწინებული ლიმიტის ამოწურვის შემთხვევაში	ფასდაკლება 10-20%	
24	გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ კლინიკებში პოლისით გათვალისწინებული ლიმიტის ამოწურვის შემთხვევაში	50%	ულიმიტო
დამატებითი მომსახურება			
25	სამოგზაურო დაზღვევა, ლიმიტი 50,000.00 USD	180 დღიანი მულტიპოლისი (სადაზღვევო პერიოდი)	

2. აუცილებელი პირობები:

2.1 ასაკობრივი ზღვარი: 65 წლის ჩათვლით;

2.2 საოჯახო პაკეტში დაზღვევის შესაძლებლობა: ოჯახის წევრებად განიხილება მეუღლე: 65 წლის ჩათვლით, შვილები: 0-18 წლის ასაკამდე რაოდენობის მიუხედავად (საოჯახო პაკეტის სადაზღვევო პრემია ორ პირზეარ უნდა აღემატებოდეს ინდივიდუალური პაკეტის პრემიის 200%-ს, ხოლო სამაგეტ პირზე – ინდივიდუალური პაკეტის პრემიის 320%-ს);

2.3 თანამშრომლების (რაოდენობის მიუხედავად) როგორც ინდივიდუალურ, ისე საოჯახო პაკეტში დამატების და გამოკვლების შესაძლებლობა შემდეგნაირად:

2.4 არსებული თანამშრომლები – უპირობოდ/შეუზღუდავად ხელშეკრულების მოქმედების პირველი ორი თვის განმავლობაში (გამონაკლისია მხოლოდ საოჯახო პაკეტში ახალშობილის/ახალშერთული მეუღლის დამატება. ეს ცვლილება უნდა განხორციელდეს ხელშეკრულების მოქმედების მთელი ვადის განმავლობაში ბავშვის შექმნიდან/დაქორწინებიდან ერთი თვის ვადაში);

2.5 ახლად მოწვეული თანამშრომლები – უპირობოდ/შეუზღუდავად ხელშეკრულების მოქმედების მთელი ვადის განმავლობაში.

2.6 მიმწოდებლის მიერ საკუთარი ხარჯით დამზადებული უნდა იქნეს პლასტიკური ბარათები, დაზღვეულ პირთა რაოდენობის მიხედვით;

2.7 სადაზღვევო პაკეტით გათვალისწინებული მომსახურებების მიღება შესაძლებელი უნდა იყოს თავისუფალი არჩევის პრინციპის დაცვით. შესაბამისად, დაზღვეულ პირს შეუძლია მომსახურება მიიღოს როგორც სადაზღვევო კომპანიის საგარანტიო წერილის/პირადი/ოჯახის ექიმის მიმართვის საფუძველზე მზღვეველის პროვაიდერ კლინიკებში (ჰოსპიტალური, ამბულატორიული), ისე სადაზღვევო კომპანიის საგარანტიო წერილის/პირადი/ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე საქართველოს ტერიტორიაზე არსებულ ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში. როდესაც მომსახურების მიღება ხორციელდება სადაზღვევო კომპანიის საგარანტიო წერილის/პირადი/ოჯახის ექიმის მიმართვის გარეშე საქართველოს ტერიტორიაზე არსებულ ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში, დაზღვეული ტელეფონის საშუალებით ატყობინებს სადაზღვევო კომპანიას (სადაზღვევო კომპანიის „ცხელი ხაზი“ 24 (ოცდაოთხი) საათის განმავლობაში) მისთვის სასურველი სამკურნალო დაწესებულების/მკურნალი ექიმის არჩევის თაობაზე;

2.8 პირადი (პერსონალური) ექიმის მომსახურება - ითვალისწინებს პირადი (პერსონალური) ექიმის მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას. პირადი (პერსონალური) ექიმის მომსახურება მოიცავს: კონსულტაციას, საჭიროების შემთხვევაში - ბინაზე ვიზიტს, დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის მონიტორინგსა და სამედიცინო ბარათის გახსნას, 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, ჯანსაღი ცხოვრების წესის დასამკვიდრებლად სამედიცინო რეკომენდაციების გაცემას;

2.9 სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მომსახურება – ითვალისწინებს საქართველოს ტერიტორიაზე არსებული ნებისმიერი ლიცენზირებული სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მიერ გაწეული მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებას, საქართველოს ტერიტორიაზე ტრანსპორტირების ხარჯების ჩათვლით;

2.9.1 სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის გამომძახებისას - დაზღვეული (ან წარმოდგენილი) უკავშირდება მზღვეველის ცხელ ხაზს. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების საჭიროების შემთხვევაში, დაზღვეულის ტრანსპორტირების (თბილისში, ასევე, რაიონ(ებ)იდან უახლოეს სათანადო პროფილის ლიცენზირებულ 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;

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

2.9.2.1 სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის ექიმის ჩანაწერი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ;

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

2.10 დაავადებათა პროფილაქტიკა – ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენების გარეშე პროფილაქტიკური ლაბორატორიულ - ინსტრუმენტული გამოკვლევების და იმუნიზაციის/ვაქცინაციის ხარჯების ანაზღაურებას:

2.10.1 ლაბორატორიულ - ინსტრუმენტული გამოკვლევები მოიცავს: პერსონალური ექიმის კონსულტაციას, სისხლის საერთო ანალიზს, შარდის საერთო ანალიზს, ე.კ.გ.-ს, გლუკოზის დონის განსაზღვრას სისხლში, პროთრომბინის დონის განსაზღვრას სისხლში, ერთი რომელიმე სისტემის ექოსკოპიას მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკა(ებ)ში;

2.10.2 ვაქცინაცია და იმუნიზაცია – ითვალისწინებს ბარათში მითითებული ლიმიტის ფარგლებში პერსონალური ექიმის მიმართებით ჩატარებული გეგმური იმუნიზაციისა და ვაქცინაციის ხარჯების ანაზღაურებას, მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკა(ებ)ში;

2.11 ჰოსპიტალური მომსახურება – ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით ქირურგიული და კონსერვატიული ჰოსპიტალური მკურნალობის (საწოლდღეების, სამკურნალო დიაგნოსტიკური, ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების, მედიკამენტების, პარენტერალური და ენტერალური კვების) ხარჯების ანაზღაურებას, რაც მოიცავს შემდეგს:

2.11.1 გადაუდებელ ჰოსპიტალურ მომსახურებას, რომელიც ითვალისწინებს დაზღვეულის ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების შემთხვევაში ჩასატარებელი სამკურნალო-დიაგნოსტიკური ღონისძიებების ერთობლიობას, რომლის დროში გადავადების პირობებში გარდაუვალია პაციენტის სიკვდილი ან მდგომარეობის მკვეთრი გაუარესება;

2.11.2 გეგმურ ჰოსპიტალურ მომსახურებას, რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით ქირურგიული და კონსერვატიული ჰოსპიტალური მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას, მათ შორის, ამ მომსახურების ლიმიტიდან დაფარვა:

- ონკოქირურგია (მიუხედავად იმისა, მომსახურების გაწევა განხორციელდება გადაუდებელ/ურგენტულ თუ გეგმურ რეჟიმში);

ინტერვენციული კარდიოლოგია/კარდიოქირურგია (მიუხედავად იმისა, მომსახურების გაწევა განხორციელდება გადაუდებელ/ურგენტულ თუ გეგმიურ რეჟიმში);

დღის სტაციონარი: მოიცავს მხოლოდ შემდეგ ჩარევებს/მანიპულაციებს/ქირურგიულ ოპერაციებს (მიუხედავად იმისა, მომსახურების გაწევა განხორციელდება გადაუდებელ/ურგენტულ თუ გეგმიურ რეჟიმში), ესენია:

გინეკოლოგია

ჰისტეროსკოპია (დიაგნოსტიკა, მანიპულაციები, ოპერაციები)

კონიზაცია

აბლაცია

დიაგნოსტიკური გამოფხეკა (გარდა შეწყვეტილი ორსულობისა)

ბართოლინის ჯირკვლის ამოკვეთა და დრენაჟი

საშოს კისტის ამოკვეთა

ლაპარასკოპიული სალპინგექტომია

ლაპარასკოპიული კისტექტომია

კარდიოვასკულარული სისტემა

სტიმულატორები

კარდიოვერსია

ოტორინოლარინგოლოგია

ადენოიდექტომია

ტონზილექტომია

ადენოტონზილექტომია

ნაზალური პოლიპექტომია

კონხოტომია

სექტოპლასტიკა

ქრონიკული სინუსიტი - ენდოსკოპიური ოპერაცია

მირინგოტომია

ჰაიმოროტომია

სექტოპლასტიკა, ნიჟარების დეზინტეგრაცია

ოფთალმოლოგია

კატარაქტას ოპერაცია

ბლეფაროპლასტიკა

ქლაზიონის ექსციზია

ლაკრიმალური ჯირკვლის დრენაჟი

ენტროპიონის/ექტროპიონის ოპერაცია

კერატოპლასტიკა

ლაზერო/ფოტოკოაგულაცია

ენუკლეაცია/ევისცერაცია

ფტერიგეუმის ამოკვეთა

გუგის პლასტიკა

დაკრიოცისტორინოსტომია

დაკრიოცისტექტომია

ვიტრექტომია

წინა ვიტრექტომია

სკლერის პლომბირება

ინტრასტრომალური რკალების იმპლანტაცია
გამჭოლი კერატოპლასტიკა
სიელმის კორექცია
YAG ლაზერული ქირურგია

გასტროენტეროლოგია

თრომბოზული ჰემოროიდის ამოკვეთა/ლიგირება
პილონიდალური კისტის ამოკვეთა
პერიანალური დაზიანების, კონდილომას ამოკვეთა
გაურთულებელი ფიზურექტომია
პოლიპექტომია სწორი ნაწლავიდან
ენდოსკოპიური პაპილოტომია/სფინქტეროტომია
ვარიკოზული ვენების (კუჭის, საყლაპავის) გეგმური ენდოსკოპიური ლიგირება
ენდოსკოპიური გასტროსტომია
ენდოსკოპიური პოლიპექტომია
ენდოსკოპიურად უცხო სხეულის ამოღება

გენიტურინარული ტრაქტი

ტროაკარული ეპიცისტოსტომია
ცირკუმციზიო
ლაგამის ჩაკვეთა
ლითოტრიფსია

ყბა-სახის ქირურგია

ჰაიმორის ღრუში შემავალი კისტის ამოკვეთა
ქვედა ყბის არხში ჩაზრდილი კისტის ამოკვეთა
სახის რბილი ქსოვილების კეთილთვისებიანი სიმსივნის ამოკვეთა
სუბპერიოსტალური აბსცესის გაკვეთა
პერიოსტიტის ოპერაციული მკურნალობა

ქირურგია შერეული

ნაწიბურების, ხალების, სიმსივნური წარმონაქმნების ამოკვეთა კანიდან
თითის ამპუტაცია
რბილი ქსოვილების კისტების და აბსცესების დრენირება
ქვემო კიდურის ვარიკოზული ვენების სტრიპინგი ან ლიგაცია
ლიმფური კვანძების ამოკვეთა
ზედაპირული ჭრილობის მარტივი დამუშავება/ადდგენა/უცხო სხეულის ამოღება
კრიოთერაპია

ორთოპედია, ტრავმატოლოგია

ფიქსატორის დემონტაჟი რეგიონალური ან ადგილობრივი ანესთეზიით

ამასთან, გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების ლიმიტიდან, ამ მომსახურებისათვის ბარათით დადგენილი თანაგადახდის გათვალისწინებით დაიფარება აღნიშნული ჩარევების/მანიპულაციების/ქირურგიული ოპერაციების შემდგომი გართულებების 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 და ასევე, ნებისმიერი სხვა ქირურგიული ოპერაცია, რომელიც არ ხდება დღის სტაციონარის ჩამონათვალში.

2.11.3 გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურების შემთხვევაში - დაზღვეული (ან წარმომადგენელი) სურვილისამებრ, 24 (ოცდაოთხი) საათის განმავლობაში უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ცხელ ხაზს, 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 (თუ ასეთს შესაბამისი ბარათი ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების თანხის დარჩენილი ნაწილის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება.

2.11.4 გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული მზღვეველთან წარმოადგენს გეგმური ჰოსპიტალიზაციისათვის საჭირო სამედიცინო და ფინანსურ დოკუმენტაციას, რის საფუძველზეც, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად, მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს 2 (ორი) 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.

2.11.5 ონკოლოგიური მომსახურების მისაღებად - დაზღვეულმა უნდა წარმოადგინოს ონკოლოგიური მომსახურებისათვის საჭირო სამედიცინო და ფინანსური დოკუმენტაცია მკურნალობის დაწყების თარიღამდე სულ მცირე 2 (ორი) სამუშაო დღით ადრე, რის საფუძველზეც, დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად, მზღვეველი გასცემს საგარანტიო წერილს მხოლოდ პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში, ასეთ დროს დაზღვეული იხდის მხოლოდ მის წილად გადასახდელ თანაგადახდის თანხას (თუ ასეთს შესაბამისი ბარათი ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დარჩენილი თანხის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება. დაზღვეულს ასევე, შეუძლია მიმართოს არაპროვაიდერ ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებას, სადაც იგი თავად გადაიხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე, ანაზღაურებს სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს;

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

2.11.6.1 ფორმა №IV-100/ა;

2.11.6.2 სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;

2.11.6.3 ანგარიშფაქტურა;

2.11.7 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 ტექნიკური დავალების პირობებიდან გამომდინარე ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს;

1.12 ამბულატორიული მომსახურება – ითვალისწინებს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებისას ექიმ სპეციალისტის კონსულტაციის, ლაბორატორიული და/ან ინსტრუმენტული გამოკვლევების, ასევე, ამბულატორიული მანიპულაციების ხარჯების ანაზღაურებას. ასევე, როგორც კეთილთვისებიანი, ასევე,ავთვისებიანი ონკოლოგიური პრობლემატიკის დიაგნოსტიკის, სხივური მკურნალობის, აგრეთვე, ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევების ხარჯების ანაზღაურებას.

1.12.1 ამბულატორიული მომსახურება მოიცავს შემდეგს:

1.12.1.1 გეგმურ ამბულატორიულ მომსახურებას - ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვევის პირობების შესაბამისად;

1.12.1.1.1 იმ შემთხვევაში თუ გეგმურ ამბულატორიულ მომსახურებას ჩაიტარებს დაზღვეული მზღვეველის მიერ შემოთავაზებულ ლიცენზირებულ სამედიცინო ცენტრში (კლინიკაში არსებული რესურსის შესაბამისად), მასზე არ გავრცელდება ტექნიკური დავალების 3.1 - 3.7, 3.11 და 3.12 ქვეპუნქტებით დადგენილი გამონაკლისები. (მზღვეველის მიერ ანაზღაურება განხორციელდება შესაბამის ბარათში მითითებული ლიმიტისა და თანაგადახდის გათვალისწინებით);

1.12.1.2 გადაუდებელ ამბულატორიულ მომსახურებას, რომლითაც იფარება მხოლოდ:

ტრავმა;

ჰიპერტონული კრიზი;

ჰიპერთერმია;

ჰიპოთერმია;

თერმული დაზიანება;

სისხლდენა;

თირკმლის, აბდომინალური და ნაღვლკენჭოვანი კოლიკა;

ბრონქული და კარდიალური ასთმური შეტევა;

მოწამვლა (გარდა ნარკოტიკულისა);

ალერგიული რეაქცია (ანაფილაქსია, ჭინჭრის ციება, კვინკე);

დეჰიდრატაცია;

აბსცესი (ქირურგიული მკურნალობა);

კრუპის სინდრომი და ცრუ კრუპი;

გადაუდებელი ვაქცინაცია (ანტიტეტანური, ანტირაბიული, ანტიგიურზინი და ბოტულიზმი)

(სრული კურსი);

პაროქსიზმული ტაქიკარდია.

ამასთანავე, შესაძლებელია, დაიფაროს სხვა კონკრეტული შემთხვევებიც, რომლებიც არ ხვდება ზემოაღნიშნულ ჩამონათვალში, მაგრამ, დაავადების/მდგომარეობის სიმძიმიდან გამომდინარე, საჭიროებს გადაუდებელ ამბულატორიულ სამედიცინო ჩარევას. ასეთი შემთხვევების ხარჯები ანაზღაურდება ბარათით განსაზღვრული გეგმური ამბულატორიული დაფარვისათვის დადგენილი ლიმიტიდან აღნიშნული დაფარვისათვის დადგენილი თანაგადახდის პროცენტის გათვალისწინებით. ამასთან, ყოველგვარი ექვის გამოსარიცხად, მიუხედავად აღნიშნულისა, ასეთ შემთხვევებზე გავრცელდება გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების მიღებისათვის დადგენილი წესი და პირობები;

1.12.2 გადაუდებელი 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.

2.12.3 გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ცხელ ხაზს და/ან მიმართავს პირად (პერსონალური) ექიმს პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. პირადი (პერსონალური) ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. თუკი დაზღვეული პერსონალური ექიმის მიმართვის საფუძველზე ამბულატორიულ მომსახურებას იტარებს პროვაიდერ კლინიკაში, ასევე, იმ შემთხვევაში, თუ პროვაიდერ კლინიკაში სპეციალისტის მიერ დამატებითი სამედიცინო კვლევა დადასტურებულია პერსონალური ექიმის მიერ შესაბამისი მიმართვის გაცემით, დაზღვეული პირი იხდის მომსახურების ღირებულების მხოლოდ ბარათით ამ შემთხვევისათვის განსაზღვრულ თანაგადახდის წილს, დანარჩენი თანხის გადახდა ხდება მზღვეველის მიერ პირდაპირ სამედიცინო დაწესებულებაში. პერსონალური ექიმის მიერ მიმართვა გაიცემა მხოლოდ პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში, არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში მიმართვა გაიცემა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ კონკრეტული გამოკვლევა არ ტარდება პროვაიდერ კლინიკებში. აგრეთვე დაზღვეულს შეუძლია მიმართოს ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებას (მათ შორის, პროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებას პერსონალური ექიმის მიმართვის გარეშე), სადაც იგი თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს. ასეთ შემთხვევაში, ანუ როდესაც მომსახურების მიღება ხორციელდება პერსონალური ექიმის მიმართვის გარეშე, მზღვეველი განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურების ან ანაზღაურებაზე უარის თქმის საკითხს ამ ტენდერის პირობების შესაბამისად და თუ ხარჯები ექვემდებარება მზღვეველის მიერ ანაზღაურებას, გაწეული ხარჯების ანაზღაურება მოხდება ბარათში შესაბამისი დაფარვისათვის განსაზღვრული თანაგადახდის წილის მიხედვით.

2.12.4 მზღვეველის მიერ მითითებულ კლინიკაში გამონაკლისების გარეშე მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული მიმართავს პირად (პერსონალური) ექიმს. პირადი (პერსონალური) ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვით. დაზღვეულს შეუძლია აღნიშნული მომსახურების მიღება მხოლოდ პირადი (პერსონალური) ექიმის მიმართვის საფუძველზე. პირადი (პერსონალური) ექიმის მიმართვის საფუძველზე დაზღვეული პირი იხდის მომსახურების ღირებულების მხოლოდ ამ შემთხვევისათვის ბარათით განსაზღვრულ თანაგადახდის წილს, დანარჩენი თანხის გადახდა ხდება მზღვეველის მიერ პირდაპირ სამედიცინო დაწესებულებისათვის. პირადი (პერსონალური) ექიმის მიმართვის გარეშე მიღებული მომსახურება ანაზღაურებას არ ექვემდებარება.

2.12.5 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:

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

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

2.13 წამლ(ებ)ის (შემდგომში „მედიკამენტები“) ღირებულების ანაზღაურება – ითვალისწინებს დაზღვეულის ამბულატორიული მკურნალობისას, შესაბამისი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით, ნებისმიერი ლიცენზირებული ექიმის და/ან პერსონალური/პირადი ექიმის მიერ დანიშნული და საქართველოს კანონმდებლობით დადგენილი წესით გამოწერილი მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას. ასევე, როგორც კეთილთვისებიანი, ასევე, ავთვისებიანი ონკოლოგიური პრობლემატიკის ქიმიო და ჰორმონოთერაპიის, აგრეთვე, ამ პროცედურებთან დაკავშირებული მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას;

2.13.1 ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შეძენა, მიმართვის საფუძველზე უნდა განხორციელდეს პროვაიდერი ფარმაცევტული კომპანიების სააფთიაქო ქსელში მინიმუმ 2 (ორი) სააფთიაქო ქსელი;

2.13.2 იმ შემთხვევაში, თუ ექიმის მიერ დაზღვეულს დანიშნული აქვს მედიკამენტური მკურნალობა ხანგრძლივ 1 (ერთი) თვეზე მეტ პერიოდზე, მზღვეველის მიერ ანაზღაურდება მხოლოდ მედიკამენტების ის რაოდენობა, რაც საჭირო იქნება 1 (ერთი) თვის მკურნალობის კურსისათვის და მომდევნო პერიოდის მკურნალობის კურსისთვის საჭირო მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურების ან საგარანტიო წერილის მოთხოვნის უფლება დაზღვეულს ექნება 1 (ერთი) თვიანი კურსის დასრულებამდე არაუმეტეს 10 (ათი) დღით ადრე მომართვის შემთხვევაში. შესაბამისად, საგარანტიო წერილზე გამოიწერება მხოლოდ მკურნალობის 1 (ერთი) თვიანი (მაგრამ არაუმეტეს ინდივიდუალური სადაზღვევო პერიოდის დასრულების ვადისა) კურსის მედიკამენტები;

2.13.3 იმ შემთხვევაში თუ დაზღვეული მიმართვის გარეშე შეიძენს მედიკამენტებს, შესაძლებელი უნდა იყოს აღნიშნული თანხის ანაზღაურება, შემდეგი დოკუმენტების წარდგენის საფუძველზე:

2.13.3.1 დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტი

2.13.3.2 ქვითარი, შეძენილი მედიკამენტების დეტალური ჩამონათვალით;

2.13.3.3 სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

2.13.3.4 სპეციალისტის დანიშნულება დიაგნოზის მითითებით;

2.13.4 შესაძლებელი უნდა იყოს არარეგისტრირებული მედიკამენტის ღირებულების ანაზღაურება მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ასეთი მედიკამენტები შეძენილი იქნება მზღვეველის მიერ შემოთავაზებული პროვაიდერი ფარმაცევტული კომპანიების სააფთიაქო ქსელში, შემოთავაზებული უნდა იყოს მინიმუმ 2 (ორი) სააფთიაქო ქსელი;

2.14 ორსულობა (არ ვრცელდება შვილის სტატუსით დაზღვეულებზე) ითვალისწინებს: ორსულთა პატრონაჟისათვის საჭირო სამედიცინო მომსახურებების (ექიმის კონსულტაცია, ლაბორატორიული და ინსტრუმენტული გამოკვლევები, ორსულობასთან დაკავშირებული მედიკამენტები, ასევე ორსულობის გართულებების დიაგნოსტიკა და მკურნალობა ასევე სამედიცინო ჩვენებით, ორსულობის ტერმინაცია) ხარჯების ანაზღაურებას;

2.14.1 დაზღვეული შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მისაღებად წინასწარ უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ცხელ ხაზს, რომელიც უზრუნველყოფს დაზღვეულის მიერ შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღებას. პირადი (პერსონალური) ექიმის მიმართვის საფუძველზე გინეკოლოგთან პროვაიდერ კლინიკებში მიმართვის შემთხვევაში, დაზღვეული თავისუფლდება ადგილზე თანხის გადახდისაგან, ხოლო არაპროვაიდერ ლიცენზირებულ დაწესებულებაში მიმართვისას - იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და შემდგომ ასანაზღაურებლად მიმართავს მზღვეველს, რომელიც დოკუმენტაციის მიღების შემდეგ დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე, ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

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

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

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

2.15 მშობიარობა (არ ვრცელდება შვილის სტატუსით დაზღვეულებზე) – ითვალისწინებს ფიზიოლოგიურ მშობიარობასთან, ნაადრევ მშობიარობასთან ან სამედიცინო ჩვენებით საკეისრო კვეთასთან, ასევე მშობიარობის გართულებების მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯების ანაზღაურებას, გარდა მშობიარობის შემდგომი ატონიური სისხლდენისა და მშობიარობის შემდგომი სეფსისისა, რომელის დაიფარება გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურებისათვის გათვალისწინებული ლიმიტით და თანაგადახდით;

2.16 სტომატოლოგიური მომსახურება - ითვალისწინებს სტომატოლოგიური მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას ან მზღვეველის პროვაიდერ სტომატოლოგიურ დაწესებულებაში შესაბამისი ფასდაკლებით უზრუნველყოფას. სტომატოლოგიური მომსახურება მოიცავს:

2.16.1 გადაუდებელ სტომატოლოგიური მომსახურებას – რაც ითვალისწინებს პირველად სტომატოლოგიურ დახმარებას (კბილის მწვავე ტკივილის გაყუჩება (ანესთეზია), კბილის მწვავე ტკივილის დროს კბილის ამოღებას (ექსტრაქცია), მწვავე პულპიტის დროს არხის გახსნას და რენტგენის ხარჯების ანაზღაურებას;

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

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

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

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

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

2.16.2.1 გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული წინასწარ აკეთებს შეტყობინებას მზღვეველის 24 (ოცდაოთხი) საათიან ცხელ ხაზში; ცხელი ხაზის 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.

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

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

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

2.16.3 ორთოპედიულ სტომატოლოგიურ მომსახურებასა და იმპლანტაციას მზღვეველის მიერ მითითებულ პროვაიდერ კლინიკაში (შემოთავაზებული უნდა იყოს მინიმუმ 3 (სამი) პროვაიდერული კლინიკა) ითვალისწინებს ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურების ხარჯების და იმპლანტაციის ხარჯების ანაზღაურებას, ასევე, თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიის ისეთი ხარჯების ანაზღაურებას, რომელთა გაწევაც საჭიროა ორთოპედიული სამუშაოების მოსამზადებლად.

2.16.3.1 ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურებისას და იმპლანტაციისას - დაზღვეული წინასწარ აკეთებს შეტყობინებას მზღვეველის 24 (ოცდაოთხი) საათიან ცხელ ხაზში. ცხელი ხაზის ოპერატორები ახორციელებენ სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას მზღვეველის მიერ წინასწარ განსაზღვრულ პროვაიდერულ კლინიკებში, შესაბამისი ბარათით დადგენილი ლიმიტისა და თანაგადახდის ფარგლებში.

2.17 სამოგზაურო დაზღვევის შემთხვევაში აღნიშნულის დაფარვის გასააქტიურებლად სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის მისაღებად, სავალდებულოა, გაკეთდეს შეტყობინება სადაზღვეოში, რის შემდეგაც დაზღვეულის მიერ პასპორტის მზღვეველისათვის წარდგენის საფუძველზე გაიცემა შესაბამისი სამოგზაურო დაზღვევის პოლისი;

2.18 საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება (რაც ყოველგვარი ექვის გამოსარიცხად მოიაზრებს მხოლოდ გეგმურ ამბულატორიულ და გეგმურ ჰოსპიტალურ პირობებში გასაწევ/გაწეულ გეგმურ სამედიცინო მომსახურებას, მათ შორის გაწეულს ტელემედიცინის მეშვეობით, ასევე გეგმურ ამბულატორიულ და გეგმურ ჰოსპიტალურ პირობებში, ექიმის მიერ დანიშნული წამლები/მედიკამენტებისანაზღაურებას) ითვალისწინებს დაავადებების ისეთი მეთოდებით მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას, რომელთა ჩატარება შეუძლებელია საქართველოს ტერიტორიაზე ან დაზღვეულის სურვილით მკურნალობის ჩატარება ხდება საზღვარგარეთ. ამასთან, სადაზღვეო ანაზღაურება მოხდება იგივე/ანალოგიურ მომსახურებაზე საქართველოში ლიცენზირებული და მოქმედი საუკეთესო სამედიცინო დაწესებულებების საბაზრო ფასების მიხედვითა (მიუხედავად საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურებისთვის გაღებული ხარჯების ოდენობისა) და ბარათით გათვალისწინებული შესაბამისი დაფარვისთვის დადგენილი ლიმიტებისა და თანაგადახდების ფარგლებში იმ შემთხვევაში, თუ მკურნალობის ჩატარება შესაძლებელია საქართველოში, ხოლო თუ მკურნალობის ჩატარება არ არის შესაძლებელი საქართველოში, ანაზღაურება მოხდება წარმოდგენილი კალკულაციის საფუძველზე ბარათით გათვალისწინებული შესაბამისი დაფარვისთვის დადგენილი ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში. აღნიშნული დაფარვა არ ვრცელდება შემდეგი სახის სამედიცინო მომსახურებებზე/ხარჯებზე: სტომატოლოგიური მომსახურება, ორსულობა-მშობიარობისა და საქართველოში დანიშნული მედიკამენტების და/ან მისი ანალოგის ხარჯები, რომელიც შეძენილი იქნა საზღვარგარეთ და/ან ინტერნეტის მეშვეობით და ურგენტულ/გადაუდებელ სამედიცინო მომსახურებებზე/ხარჯებზე;

2.18.1 საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურების მიზნებისთვის დაზღვეული ვალდებულია, განახორციელოს შეტყობინება მზღვეველის 24 (ოცდაოთხი) საათიან ცხელი ხაზის სატელეფონო ნომერზე, იმის თაობაზე, რომ მიემგზავრება საზღვარგარეთ

მკურნალობის ჩასატარებლად, სადაც იგი თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს. საქართველოში დაბრუნების შემდეგ მზღვეველთან 30 (ოცდაათი) დღის განმავლობაში უნდა წარმოადგინოს:

2.18.1.1 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);

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

2.18.1.3 სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია, გადახდის დამადასტურებელი დოკუმენტაცია.

მზღვეველი ანაზღაურებს საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს შემდეგნაირად – ანაზღაურდება ჩატარებული გამოკვლევისა თუ მკურნალობის ღირებულების მხოლოდ იმ ნაწილს, რომელიც შეესაბამება საქართველოში მოქმედი საუკეთესო სამედიცინო დაწესებულებების საბაზრო 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.

2.19 ხელშეკრულების ძალაში შესვლამდე არსებული დაავადებების (გამონაკლისების გარდა) და მათი გართულებების მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას.

3. გამონაკლისებში შესაძლებელია შეტანილი იყოს მხოლოდ:

3.1 სექსუალური დარღვევების, იმპოტენციის, უნაყოფობის, უშვილობის, კონტრაცეფციის (მაგრამ ანაზღაურდება კომპლექსური მკურნალობისას დანიშნული კონტრაცეპტივის ხარჯები), არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული აბორტის ხარჯები, რეპროდუქტოლოგიური პრობლემატიკის გამოკვლევასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;

3.2 ფსიქიკური და/ან ქცევითი აშლილობების გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები, კერძოდ: ორგანული ბუნების აშლილობანი, სიმპტომატურ აშლილობათა ჩათვლით; ფსიქოპათიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი; შიზოფრენია, შიზოტიპური 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);

3.3 მხედველობის ექსიმერული ლაზერით კორექციის, სათვალის, კონტაქტური ლინზებისა და სმენის აპარატის შექმნასთან დაკავშირებული ხარჯები;

3.4 თირკმლის და/ან ღვიძლის ქრონიკულ უკმარისობასთან დაკავშირებული ხარჯები (მაგრამ ანაზღაურებას ექვემდებარება ამ პუნქტში მითითებული დიაგნოზების და/ან მათი გართულებებით განპირობებული ურგენტული სტაციონარული და ურგენტული ამბულატორიული მომსახურება, გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, მათ შორის, ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა და პირველადი დიაგნოსტიკა);

3.5 B და C ჰეპატიტებთან, აივ-ინფექციასთან, შიდსთან და მათ გართულებებთან დაკავშირებული გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები (მაგრამ ანაზღაურდებას ექვემდებარება პირველადი დიაგნოსტიკა);

3.6 გონორეის, ათაშანგის, შანკროიდის, ვენერიული გრანულომით გამოწვეული დონოვანოზის, გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება (მაგრამ ანაზღაურდება პირველადი დიაგნოსტიკა);

3.7 ალტერნატიული (ტრადიციული და/ან არატრადიციული) მედიცინის, აკუპუნქტურის, ლაზეროთერაპიის, ფიზიოთერაპიის, პლანზიმფერეზის, ოზონოთერაპიის, მეზოთერაპიის, ლოგოპედის, ექიმ-

ჰომეოპათის, სამკურნალო ვარჯიშისა და სამკურნალო მასაჟის, რეაბილიტაციური და სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის, ზრდის ფაქტორის (PRP) ინექციის, მონოკლონური ანტისხეულებით მკურნალობის/თერაპიის, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული სამედიცინო მომსახურებების ხარჯები; წონის კორექციასთან დაკავშირებული ხარჯები;

3.8 კანონმდებლობით დადგენილ მოთხოვნათა შეუსაბამო ან/და სათანადო ლიცენზიის/ნებართვის არმქონე სამედიცინო დაწესებულებებსა და სამედიცინო საქმიანობის უფლების არმქონე კერძო პირებთან კონსულტაციისა და მკურნალობის; თვითმკურნალობის და მისი გართულების ხარჯები; ბიოლოგიურად აქტიური დანამატების, იმუნოზაციის, ვაქცინაციის ხარჯები (გარდა ანტიტეტანურისა, ანტირაბიულისა, ბოტულიზმისა, ანტიგიურზინისა და ბარათით გათვალისწინებულისა). ასევე, ნებისმიერი არასამკურნალწამლო (ბანდაჟი, კორსეტი, სუპინატორი, სამედიცინო დანიშნულების საგანი, სტომატოლოგიაში გამოყენებადი დამხმარე საშუალებები და სხვა), ჰიგიენური და კოსმეტიკური საშუალებების (მათ შორის, ნებისმიერი სახის კბილის პასტა, შამპუნი, საპონი) ღირებულება/ხარჯები, პირის ღრუს სავლები საშუალებების ღირებულება/ხარჯები;

3.9 სისხლის სამართლის კოდექსით, ადმინისტრაციული სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული კანონსაწინააღმდეგო/ადმინისტრაციულ სამართლებრივად დასჯადი ქმედების ჩადენისას ან თვითდაშავებით მიღებული დაზიანებების მკურნალობის ხარჯები, სამოქალაქო ომში, ნებისმიერი სახის საომარი მოქმედების დროს, ანტისახელმწიფოებრივ გამოსვლებში, შეიარაღებულ დაპირისპირებაში, ტერორისტულ აქტებში მონაწილეობის შედეგად მიღებულ დაზიანებათა მკურნალობის ხარჯები, საკუთარი ნებით ხიფათში თავის ჩაგდებათ (გარდა იმ შემთხვევისა, როდესაც ქმედება მიმართულია ადამიანის სიცოცხლის გადასარჩენად), რადიაციული დასხივებისას მიღებული დაზიანების მკურნალობის ხარჯები, მღვიმეებისა და გამოქვაბულების გამოკვლევასთან, აგრეთვე, ფეთქებად ნივთიერებათა განადგურებაში მონაწილეობასთან დაკავშირებული შემთხვევების ხარჯები, ეპიდემიებით, პანდემიებით, გარემოს დაბინძურებით ან სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;

3.10 ალკოჰოლიზმთან, ნარკომანიასა და ტოქსიკომანიასთან დაკავშირებული ხარჯები; ასევე, ისეთ შემთხვევებთან დაკავშირებული ხარჯები, რომლებიც პირდაპირ ან არაპირდაპირ შედეგად მოყვა ნარკოტიკული და/ან ტოქსიკური ნივთიერებების ზემოქმედების ქვეშ ყოფნას; ასევე ალოკოჰოლური, ნარკოტიკული და/ან ტოქსიკური ნივთიერებ(ებ)ის ზემოქმედების ქვეშ სატრანსპორტო საშუალების მართვისას მომხდარი ავტოსაგზაო შემთხვევით გამოწვეული მდგომარეობების/დაავადებების სამედიცინო მომსახურების/მკურნალობის ხარჯები;

3.11 ნებისმიერი პროფესიული სპორტის სახეობებში ან სპორტსმენის სახით სპორტულ სახეობებში (სპორტულ შეჯიბრში, წვრთნაში, საჩვენებელ გამოსვლაში და სხვა) მონაწილეობისას დამდგარ შემთხვევებთან დაკავშირებული ხარჯები (მაგრამ ანაზღაურებას ექვემდებარება ამ პუნქტში მითითებული შემთხვევებით გამოწვეული დაავადებებით და/ან მათი გართულებებით განპირობებული ურგენტული სტაციონარული და ურგენტული ამბულატორიული მომსახურება, გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, მათ შორის, ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა);

3.12 თანდაყოლილი და/ან გენეტიკური დაავადებების, თანდაყოლილი და/ან გენეტიკური პათოლოგიებისა და დეფექტების, მათი გართულებების გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები. (მაგრამ ანაზღაურებას ექვემდებარება ამ პუნქტში მითითებული დაავადებების, მდგომარეობების, დიაგნოზების და/ან მათი გართულებებით განპირობებული ურგენტული სტაციონარული და ურგენტული ამბულატორიული მომსახურება, გეგმური ქირურგიული ოპერაციები, მათ შორის, ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა);

3.13 ეგზოპროთეზირების (სტომატოლოგიის ჩათვლით) და ორთოპედიული ენდოპროთეზირების (გარდა ტრავმებისა), ტრანსპლანტაციის (ტრანსპლანტების ჩათვლით), ასევე დეფიბრილატორთან ან გულის რესინქრონიზაციული თერაპიის აპარატით აღჭურვილი იმპლანტირებადი რითმის ხელოვნური წარმმართველის ხარჯები; თერაპიული და ქირურგიული სტომატოლოგიის ისეთი ხარჯები, რომელთა გაწევაც საჭიროა ორთოპედიული ან/და ორტოდონტიული სამუშაოებისათვის მოსამზადებლად (გარდა ბარათით გათვალისწინებულისა); აგრეთვე ზოგადი ან მალხენი აირით ანესთეზია სტომატოლოგიური მომსახურებისას;

3.14 აბლაციის ხარჯები (ინტერვენციულ კარდიოლოგიაში);

3.15 ჰოსპიტალური მომსახურებისას (გარდა მშობიარობისა) დამატებითი ან/და ექსკლუზიური მომსახურებების (არასტანდარტული პალატა, აყვანილი ექიმი და სხვა) ხარჯები;

3.16 ის ხარჯები, რომლებიც დაკავშირებულია შესაბამისი საექიმო სპეციალობის/სუბსპეციალობის (პროფილის) არმქონე ექიმის (დამოუკიდებელი საექიმო საქმიანობის სუბიექტი) მიერ გაწეულ სამედიცინო მომსახურებასთან.

3.17 დაზღვეულის მიერ ინდივიდუალური განაცხადის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) შევსებისას განუცხადებელი (დამალული) დაავადებების და მათი გართულებების მკურნალობის ხარჯები.

3.18 თავისუფლების აღკვეთის პერიოდში გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები.

3.19 ორსულობა/მშობიარობის ხარჯები შვილის სტატუსით დაზღვეულ პირებზე.