

1. ტექნიკური დავალება

სადაზღვევო პაკეტი #1

დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული დაფარვები	დასაზღვევო პაკეტი #1 A	
	მზღვევლის წილი	ლიმიტი
24 საათიანი სატელეფონო მომსახურება	100%	ულიმიტო
პირადი ექიმის მომსახურება	100%	ულიმიტო
სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის მომსახურება, რომლის საჭიროება დადგა სპორტული ტრავმის შედეგად	100%	ულიმიტო
დაავადებათა პროფილაქტიკა		
ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები	100%	15 ლარი
ამბულატორიული მომსახურება		
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება გამოწვეული სპორტული ტრავმით	100%	ულიმიტო
გეგმიური ამბულატორიული მომსახურება გამოწვეული სპორტული ტრავმით	100%	
სპორტული ტრავმის გამო დანიშნული მედიკამენტები (მათ შორის ჰომეოპათია, ფიტოთერაპია)		
მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურება	50%	1000 ლარი
ჰოსპიტალური მომსახურება გამოწვეული სპორტული ტრავმით		
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება გამოწვეული სპორტული ტრავმით	100%	5000 ლარი
გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება გამოწვეული სპორტული ტრავმით	100%	
ჰოსპიტალური მომსახურება (არა სპორტული ტრავმით განპირობებული)		
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება	100%	8000.00 ლარი
გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურება	100%	
ონკოლოგია (არ მოიცავს ქირურგიულ მკურნალობას)	80%	
სტომატოლოგიური მომსახურება		
ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურება და იმპლანტაცია ნიუ დენტში	60%	2000.00 ლარი
ორთოპედიული სტომატოლოგიური მომსახურება და იმპლანტაცია შ.პ.ს. ვი.აი.პი სტომატოლოგიაში (დენტო კლუბი)	60%	2 000.00 ლარი
გეგმიური სტომატოლოგიური მომსახურება შ.პ.ს. ვი.აი.პი სტომატოლოგიაში (დენტო კლუბი)	50%	1000 ლარი
ოდონტოვიზიოგრამა, ორთოპანტომოგრამა, დენტალური კომპიუტერული ტომოგრამა შ.პ.ს. ვი.აი.პი სტომატოლოგიაში (დენტო კლუბი)	40%	500 ლარი
საზღვარგარეთ მკურნალობა	100%	2500.00 USD
აგრეგირებული ლიმიტი ბარათზე (რაც არ მოიცავს სამოგზაურო დაფარვის ლიმიტს)	8000.00 ლარი	
სამოგზაურო დაზღვევა	50000.00 USD (30 დღიანი მულტიპოლისი)	
ყოველთვიური სადაზღვევო პრემია ინდივიდუალურ ბარათზე		

სადაზღვევო პაკეტი #2

დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული დაფარვები	სადაზღვევო პაკეტი #2 B	
	მზღვეველის წილი	ლიმიტი
24 საათიანი სატელეფონო მომსახურება	100%	ულიმიტო
პირადი ექიმის მომსახურება	100%	ულიმიტო
სასწრაფო სამედიცინო დახმარება	100%	ულიმიტო
გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურება	100%	15000 ლარი
გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურება	100%	15000 ლარი
დღის სტაციონარი	80%	
ონკოლოგია	100%	12000 ლარი
ორსულობა/მშობიარობა	100%	1500 ლარი
გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება	100%	ულიმიტო
გეგმური ამბულატორიული მომსახურება	80%	2000 ლარი
მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურება	80%	2000 ლარი
ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევები	100%	ინდ. სადაზღვევო პერიოდში ორჯერ
გადაუდებელი სტომატოლოგიური მომსახურება	100%	ულიმიტო
გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ კლინიკებში	80%	2000 ლარი
ორთოპედიული და ორთოდონტული სტომატოლოგიური მომსახურება პროვაიდერ კლინიკებში	ფასდაკლება 10-20%	
სამოგზაურო დაზღვევა, ლიმიტი 50,000.00 USD; მხარდამჭერი "-----"	90 დღიანი მულტიპოლისი (სადაზღვევო პერიოდი)	
ყოველთვიური სადაზღვევო პრემია ინდივიდუალურ ბარათზე		
ყოველთვიური სადაზღვევო პრემია საოჯახო ბარათზე		

|

1.1 ენდოპროთეზირებისას, აგრეთვე, სხვა მაკორეგირებელი დანიშნულების სამედიცინო მოწყობილობების საშუალებით ჩასატარებელი ოპერაციების დროს, დადგენილია გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების შემდეგი ქველიმიტი (რომელიც, ყოველგვარი ექვის გამოსარიცხად, ბარათით განსაზღვრული გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების ლიმიტის შემადგენელია ნაწილია): 1 ,000.00 (ერთი ათასი) ლარი - სტენტისათვის და 2,000.00 (ორი ათასი) ლარი - პროტეზის, იმპლანტებისა და სხვა დამხმარე საშუალებებისთვის.

1.2 ყოველგვარი ექვის გამოსარიცხად, პირი დაზღვეულად ითვლება მხოლოდ მისთვის განკუთვნილ/შემენილ ბარათში გათვალისწინებული სადაზღვევო დაფარვების/მომსახურების სახეების მიხედვით;

1.3 შესაბამისი ლიმიტით/ქველიმიტით გათვალისწინებული მდგომარეობების/დაავადებების მკურნალობის ხარჯები ანაზღაურდება მხოლოდ ამ ლიმიტით/ქველიმიტით გათვალისწინებული ოდენობიდან (მზღვეველის მიერ ასანაზღაურებელი ზღვრული ოდენობა). ერთი ლიმიტის/ქველიმიტის ამოწურვის შემთხვევაში სხვა მომსახურების ქველიმიტის და/ან ლიმიტის გამოყენება დაუშვებელია.

2. სადაზღვევო დაფარვების, მომსახურების მიღების, ანაზღაურების გაცემის პირობები (პაკეტი #1)

2.1 24 (ოცდაოთხი) საათიანი ქოლ ცენტრი – ითვალისწინებს მზღვეველის მიერ გაწეულ სადღეღამისო სატელეფონო კონსულტაციას, დაზღვევასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდებას და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას. დაზღვევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაციის მისაღებად და/ან სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებისათვის დაზღვეულს შეუძლია, დაუკავშირდეს მზღვეველის 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს სატელეფონო ნომერზე, ქოლ ცენტრში შეტყობინების განუხორციელებლობა არ შეიძლება, გახდეს ანაზღაურებაზე უარის თქმის მიზეზი, თუ დაზღვევის ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ყველა სხვა პირობა დაკმაყოფილებულია გარდა საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების დაფარვისა, რომლის დროსაც აუცილებელია ქოლ ცენტრში ზარის განხორციელება.

2.2 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, საგანგებო წერილის გამოწერას, ჯანსაღი ცხოვრების წესის დასამკვიდრებლად სამედიცინო რეკომენდაციების გაცემას;

2.2.1 პირადი (პერსონალური) ექიმის მომსახურების მიღება შესაძლებელია მხოლოდ მზღვეველის მიერ მითითებულ სამედიცინო დაწესებულებებში;

2.3 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;

2.3.1 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;

2.3.2 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:

2.3.2.1 სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის ექიმის ჩანაწერი ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ;

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

2.4 დაავადებათა პროფილაქტიკა – ითვალისწინებს პროფილაქტიკური ლაბორატორიულ–ინსტრუმენტული გამოკვლევების ხარჯების ანაზღაურებას;

- 2.4.1 ლაბორატორიულ - ინსტრუმენტული გამოკვლევები ითვალისწინებს პროფილაქტიკური კლინიკო-ლაბორატორიული გამოკვლევების ხარჯების ანაზღაურებას სადაზღვევო ბარათში მითითებული ლიმიტის ფარგლებში;
- 2.4.2 ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები ტარდება მხოლოდ მზღვეველის მიერ მითითებულ სამედიცინო დაწესებულებებში;
- 2.5 ჰოსპიტალური მომსახურება** – ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით ქირურგიული და კონსერვატიული ჰოსპიტალური მკურნალობის (საწოლდღეების, სამკურნალო დიაგნოსტიკური, ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების, მედიკამენტების, პარენტერალური და ენტერალური კვების) ხარჯების ანაზღაურებას. ჰოსპიტალური მომსახურება მოიცავს:
- 2.5.1 სპორტული ტრავმით განპირობებული ჰოსპიტალური მომსახურება (სტაციონარული მკურნალობა, რომლის ხანგრძლივობაც სამედიცინო ჩვენების მიხედვით აღემატება 24 საათს)** – ითვალისწინებს მხოლოდ სპორტული ტრავმის შედეგად განპირობებულ სამედიცინო ჩვენებით ქირურგიული და კონსერვატიული ჰოსპიტალური მკურნალობის (საწოლდღეების, სამკურნალო დიაგნოსტიკური, ინსტრუმენტალურ-ლაბორატორიული კვლევების, მედიკამენტების, ავტოტრანსპლანტაციის) ხარჯების ანაზღაურებას.
- 2.5.2 ჰოსპიტალური მომსახურება (არასპორტული ტრავმით განპირობებული სტაციონარული მკურნალობა, რომლის ხანგრძლივობაც სამედიცინო ჩვენების მიხედვით აღემატება 24 საათს)** – ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით ქირურგიული და კონსერვატიული ჰოსპიტალური მკურნალობის (საწოლდღეების, სამკურნალო დიაგნოსტიკური, ინსტრუმენტალურ-ლაბორატორიული კვლევების, მედიკამენტების, პარენტერალური და ენტერალური კვების) ხარჯების ანაზღაურებას. ჰოსპიტალური მომსახურება მოიცავს:
- 2.5.2.1. **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;
- 2.5.2.2. **გეგმიურ ჰოსპიტალურ მომსახურებას**, რომელიც ითვალისწინებს სამედიცინო ჩვენებით ქირურგიული და კონსერვატიული ჰოსპიტალური მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას, ასევე ამ სერვისით იფარება როგორც ონკოქირურგია, ასევე ინტერვენციული კარდიოლოგია/კარდიოქირურგია, ამასთან მიუხედავად 24 საათიანი შეზღუდვისა გეგმიურ ჰოსპიტალურ მომსახურების ლიმიტიდან ანაზღაურდება ისეთი ქირურგიული ოპერაციები, რომლებიც საჭიროებენ სტაციონარში 24 საათზე ნაკლები დროით დაყოვნებას;
- 2.5.2.3. **ონკოლოგიურ მომსახურებას**, რომელიც ითვალისწინებს როგორც კეთილთვისებიანი, ასევე ავთვისებიანი ონკოლოგიური პრობლემატიკის დიაგნოსტიკის, ქიმიო და სხიური მკურნალობის, ჰორმონოთერაპიის, აგრეთვე ამ პროცედურებთან დაკავშირებული გამოკვლევების და მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას. ანაზღაურდება ამ ხელშეკრულების დანართ #3-ში მითითებული შესაბამისი ბარათის ლიმიტისა და თანაგადახდის ფარგლებში. ამასთან, 18 წლამდე ბავშვებისათვის. ბარათში მითითებული თანაგადახდის მიუხედავად ანაზღაურდება ხორციელდება 100%-ით.
- 2.5.3 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 (თუ ასეთს შესაბამისი ბარათი ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების თანხის დარჩენილი ნაწილის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება.
- 2.5.4 გეგმიური ჰოსპიტალური მომსახურების მისაღებად** - დაზღვეული მზღვეველთან წარმოადგენს გეგმიური ჰოსპიტალიზაციისათვის საჭირო სამედიცინო და ფინანსურ დოკუმენტაციას, 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.
- 2.5.5 ონკოლოგიური მომსახურების მისაღებად** – დაზღვეულმა უნდა წარმოადგინოს ონკოლოგიური მომსახურებისათვის საჭირო სამედიცინო და ფინანსური დოკუმენტაცია მკურნალობის დაწყების თარიღამდე სულ მცირე 3 (სამი) 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;

2.5.6 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:

2.5.6.1 ფორმა #IV-100/ა;

2.5.6.2 სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;

2.5.6.3 ანგარიშფაქტურა.

2.5.7 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 დაზღვევის ხელშეკრულების პირობებიდან გამომდინარე ანაზღაურებს მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯებს.

2.6 სპორტული ტრავმით განპირობებული ამბულატორიული მომსახურება (სამედიცინო მომსახურება, რომელიც სამედიცინო ჩვენების მიხედვით არ საჭიროებს სამედიცინო დაწესებულებაში 24 საათზე მეტი ხნით დაყოვნებას) – ითვალისწინებს სპორტული ტრავმის შედეგად განპირობებულ სამედიცინო ჩვენებისას: ექიმ-სპეციალისტის კონსულტაციის, ლაბორატორიული და/ან ინსტრუმენტული გამოკვლევების, ამბულატორიული მანიპულაციების ხარჯების ანაზღაურებას.

2.6.1 სპორტული ტრავმით გამოწვეული 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. ამასთან ანაზღაურებას არ ექვემდებარება გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება რომელიც განპირობებულია არასპორტული ტრავმებით;

2.6.2 გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად – დაზღვეული უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს და/ან მიმართავს პირად (პერსონალური) ექიმს **მზღვეველის** მიერ მითითებულ სამედიცინო დაწესებულებებში. პირადი (პერსონალური) ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პროვაიდერ/არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. თუკი დაზღვეული პირადი (პერსონალური) 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. ამასთან ანაზღაურებას არ ექვემდებარება გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურება რომელიც განპირობებულია არასპორტული ტრავმებით;

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

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

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

- 2.7 მედიკამენტების (მათ შორის ჰომეოპათიისა და ფიტოპრეპარატების) ღირებულების ანაზღაურება – ითვალისწინებს დაზღვეულის, ხელშეკრულებით ხელშეკრულებით განსაზღვრული, ამბულატორიული მკურნალობისას შესაბამისი სამედიცინო ჩვენების მიხედვით ნებისმიერი ლიცენზირებული ექიმის და/ან პერსონალური/პირადი ექიმის მიერ დანიშნული და გამოწერილი მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას.
- 2.7.1 ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შემენა, მიმართვის საფუძველზე ხორციელდება მხოლოდ პროვაიდერი ფარმაცევტული კომპანიების საფთაიქო ქსელში.
- 2.7.2 იმ შემთხვევაში, თუ ექიმის მიერ დაზღვეულს დანიშნული აქვს მედიკამენტური მკურნალობა ხანგრძლივ (1 თვეზე მეტი) პერიოდზე, მზღვევლის 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;
- 2.7.3 თუ დაზღვეული მიმართვის გარეშე შეიძენს მედიკამენტებს, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილი იქნას:
- 2.7.3.1 ქვითარი, შეძენილი მედიკამენტების დეტალური ჩამონათვალით;
- 2.7.3.2 სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;
- 2.7.3.3 სპეციალისტის დანიშნულება დიაგნოზის მითითებით;
- ამასთან არარეგისტრირებული მედიკამენტის ღირებულების ანაზღაურება მოხდება მხოლოდ იმ შემთხვევაში თუ ასეთი მედიკამენტები შეძენილი იქნება მზღვევლის პროვაიდერი ფარმაცევტული კომპანიების საფთაიქო ქსელში.
- 2.8 ფიზიოთერაპია და რეაბილიტაციური მკურნალობა – ითვალისწინებს სპორტული ტრავმის შედეგად განპირობებულ ფიზიოთერაპიასა და რეაბილიტაციურ მკურნალობას: ექიმ-სპეციალისტის კონსულტაციისა და მანიპულაციების ხარჯების ანაზღაურებას.
- 2.8.1. მომსახურების მისაღებად - 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. ამასთან ანაზღაურებას არ ექვემდებარება მომსახურება რომელიც განპირობებულია არასპორტული ტრავმებით;
- 2.8.2. თუ დაზღვეული თავად გადაიხდის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილი იქნას:
- 2.8.2.1. ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა და სხვა);
- 2.8.2.2. თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;
- 2.9 სამოგზაურო დაზღვევა – ითვალისწინებს დაზღვევას მზღვეველის სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის პირობების შესაბამისად. აღნიშნული დაფარვის გასააქტიურებლად/სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის მისაღებად, სავალდებულოა, გაკეთდეს შეტყობინება სს „სადაზღვევო კომპანია“-ში, რის შემდეგაც დაზღვეულის მიერ პასპორტის მზღვეველისათვის წარდგენის საფუძველზე გაიცემა შესაბამისი სამოგზაურო დაზღვევის პოლისი.
- 2.10 დოკუმენტაციის მზღვეველისათვის წარმოდგენისა და ანაზღაურების მოთხოვნის მაქსიმალური ვადა განისაზღვრება შესაბამისი თანხების დაზღვეულის (ან წარმომადგენლის) მიერ გადახდიდან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღით. აღნიშნული ვადის გასვლის შემდეგ დაზღვეული არ არის უფლებამოსილი მზღვეველისაგან მოითხოვოს შესაბამისი სადაზღვევო ანაზღაურება. (აღნიშნული დათქმა ასევე ვრცელდება საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებაზეც).
- 2.11 მზღვეველი სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემას ნაღდი ანგარიშსწორების გზით განახორციელებს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ გასაცემი თანხის/ანაზღაურების ოდენობა არ აღემატება 100 (ასი) ლარს. აღნიშნული თანხაზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება მზღვეველის მიერ ხორციელდება უნაღდო ანგარიშსწორების გზით (აღნიშნული დათქმა ასევე ვრცელდება საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურებაზეც).
- 2.12 საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურება – ითვალისწინებს სპორტული ტრავმების შედეგად ჯანმრთელობის მდგომარეობის/დაავადებების ისეთი მეთოდებით მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას, რომელთა ჩატარება შეუძლებელია საქართველოს ტერიტორიაზე ან დაზღვეულის სურვილით მკურნალობის ჩატარება ხდება საზღვარგარეთ ან როდესაც სადაზღვევო

შემთხვევა დადგება საზღვარგარეთ. ამასთან, სადაზღვევო ანაზღაურება მოხდება ბარათით გათვალისწინებული ლიმიტებისა და თანაგადახდების ფარგლებში. აღნიშნული დაფარვა არ ვრცელდება შემთხვევებზე, რომელიც განპირობებული არ არის სპორტული ტრავმით.

2.12.1. **საზღვარგარეთ მიღებული სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურების მიზნებისთვის** – დაზღვეული ან დამზღვევი ვალდებულია, განახორციელოს შეტყობინება მზღვეველის 24 საათიან ქოლ ცენტრში სატელეფონო ნომერზე – იმის თაობაზე, რომ მიემგზავრება საზღვარგარეთ მკურნალობის ჩასატარებლად, ან საზღვარგარეთ დადგა სადაზღვევო შემთხვევა. საზღვარგარეთ დაზღვეული თავად იხდის მომსახურების სრულ ღირებულებას და ანაზღაურების მისაღებად მიმართავს მზღვეველს. საქართველოში დაბრუნების შემდეგ მზღვეველთან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღის განმავლობაში უნდა წარმოადგინოს:

2.12.1.1. 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);

2.12.1.2. 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);

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

მზღვეველი დოკუმენტაციის მიღებისას თავად, ხელშეკრულების პირობების გათვალისწინებით, განსაზღვრავს სამედიცინო მომსახურების ხარჯების ანაზღაურების საკითხს. მზღვეველი ანაზღაურებს ჩატარებული გამოკვლევისა თუ მკურნალობის ღირებულებას სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაციის საფუძველზე დადგენილი ლიმიტის და თანაგადახდის ფარგლებში.

3. გამონაკლისები (პაკეტი #1)

3.1 დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების თანახმად, არ იფარება/არ ანაზღაურდება:

3.1.1 ნებისმიერი სახის სამედიცინო მომსახურება, რომელიც არ არის განპირობებული სპორტული ტრავმით (აღნიშნული შეზღუდვა ვრცელდება მხოლოდ ამბულატორიულ მომსახურებაზე, საზღვარგარეთ მკურნალობაზე და მედიკამენტების ღირებულების ანაზღაურებაზე);

3.1.2 რეფრაქციული ანომალიების ლაზერული კორექციის, ინტრაოკულარული ლინზების იმპლანტაციის, სათვალის, კონტაქტური ლინზებისა და სმენის აპარატის შეძენასთან დაკავშირებული ხარჯები;

3.1.3 სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის, ზრდის ფაქტორის (PRP) ინექციის, PET კვლევის, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული სამედიცინო მომსახურებების ხარჯები; წონის კორექციასთან დაკავშირებული ხარჯები; ბარიატრიული ქირურგია; ალტერნატიული (ტრადიციული და/ან არატრადიციული) მედიცინის, აკუპუნქტურის, ლაზეროთერაპიის, პლაზმაფერეზის, ოზონოთერაპიის, მეზოთერაპიის, სამკურნალო ვარჯიშის და სამკურნალო მასაჟის;

3.1.4 საქართველოს მოქმედი კანონმდებლობით განსაზღვრული სათანადო კომპეტენციის მქონე უწყების მიერ არარეგისტრირებული მედიკამენტების ღირებულება;

3.1.5 სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ჩადენისას ან თვითდაშავებით მიღებული დაზიანებების მკურნალობის ხარჯები, რადიაციული დასხივებისას მიღებული დაზიანების მკურნალობის ხარჯები, ეპიდემიებით, პანდემიებით, გარემოს დაბინძურებით ან სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;

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

3.1.7 არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული მომსახურების ხარჯები;

3.1.8 თანდაყოლილი, გენეტიკური დაავადებებისა, პათოლოგიების, დეფექტებისა და მათი გართულებების გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები ამასთან, ანაზღაურებას ექვემდებარება ამ პუნქტში მითითებული დაავადებების, მდგომარეობების, დაიგნოზების დიაგნოზების და/ან მათი გართულებებით განპირობებული ურგენტული სტაციონარული მომსახურება, გეგმიური ქირურგიული ოპერაციები და ნებისმიერი ქირურგიული ჩარევა;

3.1.9 ეგზოპროთეზირების (სტომატოლოგიის ჩათვლით) და ორთოპედიული ენდოპროთეზირების (გარდა ტრავმებისა), ტრანსპლანტაციის (ტრანსპლანტატების ჩათვლით)(გარდა აუტოტრანსპლანტაციისა), ასევე დეფიბრილაციორთან ან გულის რესინქრონიზაციული თერაპიის აპარატით აღჭურვილი იმპლანტირებადი

რითმის ხელოვნური წარმართველის ხარჯები; (აღნიშნული შეზღუდვა ვრცელდება მხოლოდ არასპორტული ტრავმით განპირობებულ ჰოსპიტალურ მომსახურებაზე).

შენიშვნა: იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება გათვალისწინებულია რაიმე სახის სახელმწიფო/რეფერალური პროგრამ(ებ)ით, (მიუხედავად დაზღვეულის აღნიშნულ პროგრამებში მონაწილეობისა) მზღვეველი იღებს ვალდებულებას, დაფაროს/აანაზღაუროს მხოლოდ ასეთი პროგრამის ფარგლებში, კონკრეტული სამედიცინო მომსახურებისათვის განსაზღვრული თანაგადახდის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) მიღმა დარჩენილი თანხები. 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.

4. სადაზღვევო დაფარვების, მომსახურების მიღების, ანაზღაურების გაცემის პირობები (პაკეტი #2, პაკეტი #3)

- 4.1. 24 (ოცდაოთხი) საათიანი ქოლ ცენტრი** – ითვალისწინებს მზღვეველის მიერ გაწეულ სადღეღამისო სატელეფონო კონსულტაციას, დაზღვევასთან დაკავშირებული ინფორმაციის მიწოდებას და სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებას. დაზღვევასთან დაკავშირებული ნებისმიერი ინფორმაციის მისაღებად და/ან სამედიცინო მომსახურების ორგანიზებისათვის **დაზღვეულს** შეუძლია, დაუკავშირდეს **მზღვეველის 24 (ოცდაოთხი) საათიანი ქოლ ცენტრს** სატელეფონო ნომერზე –; ქოლ ცენტრში შეტყობინების განუხორციელებლობა არ შეიძლება, გახდეს ანაზღაურებაზე უარის თქმის მიზეზი, თუ **დაზღვევის ხელშეკრულებით** გათვალისწინებული ყველა სხვა პირობა დაკმაყოფილებულია.
- 4.2. 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;
- 4.2.1. პირადი (პერსონალური) ექიმის მომსახურების** მიღება შესაძლებელია **მზღვეველის** მიერ მითითებულ სამედიცინო დაწესებულებებში;
- 4.3. 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;
- 4.3.1. 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;
- 4.3.2. 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:
- 4.3.2.1. სასწრაფო სამედიცინო დახმარების ბრიგადის ექიმის ჩანაწერი** ჯანმრთელობის მდგომარეობის შესახებ;
- 4.3.2.2. ფინანსთა სამინისტროს მიერ დადგენილი ფორმით სტამბური წესით დაბეჭდილი ჩეკთან** გათანაბრებული დოკუმენტის დედანი.
- 4.4. დაავადებათა პროფილაქტიკა** – ითვალისწინებს პროფილაქტიკური ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული გამოკვლევების და იმუნიზაციის/ვაქცინაციის ხარჯების ანაზღაურებას;

- 4.4.1. **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 ექსკოპიას.
- 4.4.2. **ვაქცინაცია და იმუნიზაცია** – ითვალისწინებს **ბარათში** მითითებული ლიმიტის ფარგლებში **პერსონალური ექიმის მიმართებით** ჩატარებული გეგმური იმუნიზაციისა და ვაქცინაციის ხარჯების ანაზღაურებას.
- 4.4.3. **ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევები და ვაქცინაცია/იმუნიზაცია** ტარდება **მზღვეველის** მიერ მითითებულ **სამედიცინო დაწესებულებებში**;
- 4.5. **ჰოსპიტალური მომსახურება** – ითვალისწინებს **სამედიცინო ჩვენებით** ქირურგიული და კონსერვატიული **ჰოსპიტალური მკურნალობის** (საწოლდღეების, სამკურნალო დიაგნოსტიკური, ლაბორატორიულ-ინსტრუმენტული კვლევების, მედიკამენტების, პარენტერალური და ენტერალური კვების) ხარჯების ანაზღაურებას. **ჰოსპიტალური მომსახურება** მოიცავს:
- 4.5.1. **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.
- 4.5.2. **გეგმურ ჰოსპიტალურ მომსახურებას**, რომელიც ითვალისწინებს **სამედიცინო ჩვენებით** ქირურგიული და კონსერვატიული ჰოსპიტალური მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურებას, მათ შორის, ამ მომსახურების **ლიმიტიდან** დაიფარება:
- **ონკოქირურგია;**
 - **ინტერვენციული კარდიოლოგია/კარდიოქირურგია;**
 - **დღის სტაციონარი:** მოიცავს მხოლოდ შემდეგ ჩარევებს/მანიპულაციებს/ქირურგიულ ოპერაციებს:

გინეკოლოგია

ჰისტეროსკოპია (დიაგნოსტიკა, მანიპულაციები, ოპერაციები)

კონიზაცია

აბლაცია

დიაგნოსტიკური გამოფხეკა (გარდა შეწყვეტილი ორსულობისა)

ბართოლინის ჯირკვლის ამოკვეთა და დრენაჟი

საშოს კისტის ამოკვეთა

ლაპარასკოპიული სალპინგექტომია

ლაპარასკოპიული კისტექტომია

მამოლოგია

სარძევე ჯირკვლის ნაწილობრივი ამოკვეთა (კეთილთვისებიანი დაავადებების დროს)

კარდიოვასკულარული სისტემა:

სტიმულატორები

კარდიოვერსია

ოტორინოლარინგოლოგია:

ადენოიდექტომია

ტონზილექტომია

ადენოტონზილექტომია

ნაზალური პოლიპექტომია

კონხოტომია

სექტოპლასტიკა

ქრონიკული სინუსიტი - ენდოსკოპიური ოპერაცია

მირინგოტომია

ჰაიმოროტომია

სექტოპლასტიკა, ნიჟარების დეზინტეგრაცია

ნებისმიერი სახის ოფთალმოლოგიური ოპერაციები/მანიპულაციები

გასტროენტეროლოგია:

თრომბოზული ჰემოროიდის ამოკვეთა/ლიგირება

პილონიდალური კისტის ამოკვეთა

დერმოიდული კისტის დრენირება

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

გენიტოურინარული ტრაქტი:

ტროაკარული ეპიცისტოსტომია
ცირკუმციზიო
ლაგამის ჩაკვეთა
ლითოტრიფსია
ეპიდიდიმექტომია (მოზდილთა ასაკში)
ცისტოლითოტომია ტრანსლუმინალური

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
ხმოვანი იოგების სიმსივნის ენდოსკოპიური ქირურგია
ცისტექტომია
ალვეოლოტის მკურნალობა გამოფხვკის გზით

ქირურგია შერეული:

რბილი ქსოვილების ნაწიბურების და სიმსივნური წარმონაქმნების ამოკვეთა, კრიოთერაპია,
ელექტროკოაგულაცია, ქიმიური დესტრუქცია
თითის ამპუტაცია
რბილი ქსოვილების კისტების და აბსცესების დრენირება
ქვემო კიდურის ვარიკოზული ვენების სტრიპინგი ან ლიგაცია
ლიმფური კვანძების ამოკვეთა
ზედაპირული ჭრილობის მარტივი დამუშავება/აღდგენა/უცხო სხეულის ამოღება
კრიოთერაპია
კათეტერული აბლაცია
თორაკოცენტუზი
სანადვლე გზების დრენირება
ენდოსკოპიური ელექტროკოაგულაციები
ლაპაროცენტუზი
ხორხის დაზიანებული უბნის ამოკვეთა
ხახის დაზიანებული უბნის ამოკვეთა ან კვლევა

ორთოპედია, ტრავმატოლოგია:

ჩაქუჩისებრი თითი - ძირითადი ფალანგის თავის რეზექცია
მასტენოზირებელი ლიგამენტიტი - მყესბუდის გახსნა
მყესების ტენოლიზი
მიოტომია/ტენოტომია/კაფსულოტომია
მაჯის ან მტევნის ტენოსინევექტომია
მაჯის ან მტევნის მყესის ფურცლის/ფენის კვეთა ან ნაწილობრივი ამოკვეთა
მტევნის/ტერფის თითების რბილქსოვილოვანი სიმსივნეების ამოკვეთა
მტევნის, წინამხრის, ტერფის, წვივის ძვლების, მტევნის და კოჭ-წვივის სახსრების ეგზოსტოზების, ან
ოსტეოფიტების ამოკვეთა.
ფიქსატორის დემონტაჟი ადგილობრივი, რეგიონული ან ხანმოკლე ზოგადი ანესთეზიით
მტევნის და ტერფის ფალანგების ქირურგია (ამპუტირებული ფალანგის მიკროქირურგიული აღდგენის
გარდა).

ადგილობრივი, რეგიონული და ხანმოკლე ზოგადი ანესთეზიის ქვეშ ჩატარებული შემდეგი ოპერაციები:

სიმსივნური კერების და მალფორმაციების გეგმიური ემბოლიზაცია
სათესლე ვენის ენდოვასკულარული ემბოლიზაცია

ვარიკოზული ვენების ლიგირება, კროსექტომია, მინიფლუბექტომია, სტრიპინგი და ფლუბექტომია
სათესლე პარკის ნაწილობრივი ამოკვეთა
ჰემოროიდული კვანძების ლიგირება, ლიფტინგი და ფიქსაცია სწორი ნაწლავის კუნთოვან კედელზე HAL-
RAR მეთოდით
ანალური სფინქტერის გაფართოება/დეველსია და კვეთა/გაჭრა
ჰიგრომის (განგლიონი) ამოკვეთა

(ამასთან, აღნიშნული ჩარევების/მანიპულაციების/ქირურგიული ოპერაციების შემდგომი გართულებების ხარჯები (იგულისხმება, როგორც **დაზღვეულის სამედიცინო დაწესებულებიდან** გაწერამდე, ასევე, გაწერის შემდგომ განვითარებული გართულებები), იმის მიხედვით, ამ გართულებებით განპირობებული სამედიცინო მომსახურება იქნება **ჰოსპიტალურ**, თუ **ამბულატორიულ** პირობებში გაწეული, დაიფარება ბარათით გათვალისწინებული შესაბამისი მომსახურების ლიმიტიდან, შესაბამისი მომსახურებისთვის ბარათით დადგენილი თანაგადახდით. ამასთან, ნებისმიერი სხვა ქირურგიული ოპერაცია, რომელიც არ ხვდება **დღის სტაციონარის** ჩამონათვალში, დაიფარება ბარათით გათვალისწინებული გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების ლიმიტიდან, გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურებისთვის ბარათით დადგენილი თანაგადახდით).

4.5.3. **ონკოლოგიურ მომსახურებას**, რომელიც ითვალისწინებს, როგორც კეთილთვისებიანი, ასევე, ავთვისებიანი ონკოლოგიური პრობლემატიკის დიაგნოსტიკის, ქიმიო და სხივური მკურნალობის, ჰორმონოთერაპიის, აგრეთვე, ამ პროცედურებთან დაკავშირებულია გამოკვლევებისა და მედიკამენტების ხარჯების ანაზღაურებას. ანაზღაურება განხორციელდება შესაბამისი **ბარათის ლიმიტისა და თანაგადახდის** ფარგლებში.

4.5.4. **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 (თუ ასეთს შესაბამისი **ბარათი** ითვალისწინებს) და სამედიცინო მომსახურების ღირებულების თანხის დარჩენილი ნაწილის გადახდისაგან სრულად თავისუფლდება.

4.5.5. **გეგმური ჰოსპიტალური მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული მზღვეველთან** წარმოადგენს **გეგმური ჰოსპიტალიზაციისათვის** საჭირო სამედიცინო და ფინანსურ დოკუმენტაციას, 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.

4.5.6. **ონკოლოგიური მომსახურების მისაღებად - დაზღვეულმა** უნდა წარმოადგინოს ონკოლოგიური მომსახურებისათვის საჭირო სამედიცინო და ფინანსური დოკუმენტაცია მკურნალობის დაწყების თარიღამდე სულ მცირე 3 (სამი) 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;

4.5.7. **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:

4.5.7.1. ფორმა #IV-100/ა;

4.5.7.2. სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;

4.5.7.3. ანგარიშგაქტურა.

4.5.8. გეგმური და გადაუდებელი ჰოსპიტალური მომსახურებისას, არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვეულმა თავად უნდა გადაიხადოს მომსახურების სრული ღირებულება და მზღვეველთან წარმოდგინოს ფორმა #IV-100/ა, სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია, ანგარიშგაქტურა, 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. ამბულატორიული მომსახურება – ითვალისწინებს შესაბამისი სამედიცინო ჩვენებისას ექიმ სპეციალისტის კონსულტაციის, ლაბორატორიული და/ან ინსტრუმენტული გამოკვლევების, ასევე, ამბულატორიული მანიპულაციების ხარჯების ანაზღაურებას.

ამბულატორიული მომსახურება მოიცავს:

4.6.1. გეგმურ ამბულატორიულ მომსახურებას – ნებისმიერ ლიცენზირებულ სამედიცინო დაწესებულებაში დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების შესაბამისად;

4.6.2. გადაუდებელ ამბულატორიულ მომსახურებას, რომლითაც იფარება მხოლოდ:

- ა) ტრავმა;
- ბ) ჰიპერტონული კრიზი;
- გ) ჰიპერთერმია;
- დ) ჰიპოთერმია;
- ე) თერმული დაზიანება;
- ვ) სისხლდენა;
- ზ) თირკმლის, აბდომინალური და ნაღვლკენჭოვანი კოლიკა;
- თ) ბრონქული და კარდიალური ასთმური შეტევა;
- ი) მოწამვლა (გარდა ნარკოტიკულისა);
- კ) ალერგიული რეაქცია (ანაფილაქსია, ჭინჭრის ციება, კვინკე);
- ლ) დეჰიდრატაცია;
- მ) აზსცესი (ქირურგიული მკურნალობა);
- ნ) კრუპის სინდრომი და ცრუ კრუპი;
- ო) გადაუდებელი ვაქცინაცია (ანტიტეტანური, ანტირაბიული, ანტიგიურზინი და ბოტულიზმი) (სრული კურსი);
- პ) პაროქსიზმული ტაქიკარდია.
- ჟ) უცხო სხეული სასუნთქ გზებში;

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 (თუ ასეთი დაფარვა გათვალისწინებულია ბარათით) აღნიშნული დაფარვისათვის დადგენილი თანაგადახდის პროცენტის გათვალისწინებით (თუ ბარათით ასეთი თანაგადახდა გათვალისწინებულია). ამასთან, ყოველგვარი ექვის გამოსარიცხად, მიუხედავად აღნიშნულისა, ასეთ შემთხვევებზე გავრცელდება ამ დანართის 2.6.3 პუნქტით დადგენილი გადაუდებელი ამბულატორიული მომსახურების მიღებისათვის დადგენილი წესი და პირობები.

4.6.3. 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.

4.6.4. გეგმური ამბულატორიული მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს და/ან მიმართავს პირად (პერსონალური) ექიმს მზღვეველის მიერ მითითებულ სამედიცინო დაწესებულებებში. პირადი (პერსონალური) ექიმი ახდენს პრობლემის იდენტიფიცირებას და უზრუნველყოფს დაზღვეულს საჭირო კვლევებითა და მიმართვ(ებ)ით პროვაიდერ/არაპროვაიდერ სამედიცინო დაწესებულებებში. თუკი დაზღვეული პირადი (პერსონალური) 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.

4.6.5. 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:

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

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

4.7. **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.

4.7.1. ექიმის მიერ დანიშნული მედიკამენტების შეძენა, **მიმართვის** საფუძველზე ხორციელდება მხოლოდ **პროვადიერი** ფარმაცევტული კომპანიების საფთიაქო ქსელში.

4.7.2. იმ შემთხვევაში, თუ ექიმის მიერ **დაზღვეულს** დანიშნული აქვს მედიკამენტური მკურნალობა ხანგრძლივ (1 თვეზე მეტი) 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;

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

4.7.3.1. ექითარი, შეძენილი მედიკამენტების დეტალური ჩამონათვალით;

4.7.3.2. სალაროს აპარატის ჩეკის დედანი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;

4.7.3.3. სპეციალისტის დანიშნულება დიაგნოზის მითითებით;

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

4.8.1. **დაზღვეული** შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მისაღებად წინასწარ უკავშირდება 24 (ოცდაოთხი) საათიან ქოლ ცენტრს, რომელიც უზრუნველყოფს **დაზღვეულის** მიერ შესაბამისი სამედიცინო მომსახურების მიღებას **მზღვეველის** მიერ მითითებულ სამედიცინო დაწესებულებებში ან სხვა ლიცენზირებულ დაწესებულებებში. პირადი (პერსონალური) ექიმის **მიმართვის** საფუძველზე გინეკოლოგთან **პროვადიერ** კლინიკებში მიმართვის შემთხვევაში, **დაზღვეული** თავისუფლდება ადგილზე თანხის გადახდისაგან, ხოლო არაპროვადიერ 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.

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

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

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

4.9. 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**;

4.9.1. 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.

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

4.9.2.1. ფორმა #IV-100/ა;

4.9.2.2. სამედიცინო მომსახურების ღირებულების დეტალური კალკულაცია;

4.9.2.3. ანგარიშგაქტურა;

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

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

4.10.1. გადაუდებელ სტომატოლოგიური მომსახურებას – რაც ითვალისწინებს პირველად სტომატოლოგიურ დახმარებას (კბილის მწვავე ტკივილის გაყუჩება (ანესთეზია), მწვავე პულპიტის დროს არხის გახსნას და რენტგენის ხარჯების ანაზღაურებას, კბილის მწვავე ტკივილის დროს კბილის ამოღებას (ექსტრაქცია) მხოლოდ შემდეგი დიაგნოზების შემთხვევაში: პულპისაგან განვითარებული მწვავე აპიკალური პერიოდონტიტი (ICD10 - K 04.4), ქრონიკული აპიკალური პერიოდონტიტი (ICD10 - K 04.5), პერიაპიკალური აბსცესი ღრუს გარეშე (ICD10 - K 04.7);

4.10.1.1. 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**.

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

4.10.1.2.1. ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა, მომსახურების მიღებამდე და მომსახურების მიღების შემდეგ ჩატარებული რენტგენოგრაფიები და სხვა);

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

4.10.2. გეგმურ სტომატოლოგიურ მომსახურებას პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში – რაც ითვალისწინებს: სტომატოლოგიის კონსულტაციას, დიაგნოსტიკურ რენტგენოგრაფიას, კბილის დაბუქვას, გეგმურ სტომატოლოგიურ ქირურგიულ მკურნალობას, პროფესიულ გაწმენდას, პაროდონტისა და ლორწოვანი გარსის მწვავე და ოდონტოგენური წარმოშობის დაავადებების მკურნალობას;

- 4.10.2.1.** გეგმური სტომატოლოგიური მომსახურების მისაღებად - დაზღვეული მიმართავს მზღვეველის მიერ წინაწარ განსაზღვრულ პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებს. 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.
- 4.10.2.2.** თუ დაზღვეული თავად გადაიხდის სამედიცინო მომსახურების ღირებულებას, ანაზღაურების მისაღებად სავალდებულოა, დაზღვეულის ბარათსა და პირადობის დამადასტურებელ დოკუმენტთან ერთად მზღვეველთან წარმოდგენილი იქნას:
- 4.10.2.2.1.** ჩატარებული მომსახურების სამედიცინო დოკუმენტაცია (უფლებამოსილი პირის ხელმოწერითა და ბეჭდით დამოწმებული დიაგნოზი და დანიშნულება, ჩატარებული კვლევის დასკვნა, მომსახურების მიღებამდე და მომსახურების მიღების შემდეგ ჩატარებული რენტგენოგრაფიები და სხვა);
- 4.10.2.2.2.** თანხის მიმღები შესაბამისი პირის სალაროს შემოსავლის ორდერისა და სალაროს აპარატის ჩეკი ან პოსტერმინალის ამონაბეჭდი;
- 4.10.3.** ფასდაკლება ორთოდონტიასა და ორთოპედიაზე პროვაიდერ სტომატოლოგიურ კლინიკებში: ითვალისწინებს მზღვეველის სტომატოლოგიურ კლინიკებში 10-20% ფასდაკლებას;
- 4.11.** სამოგზაურო დაზღვევა - ითვალისწინებს დაზღვევას მზღვეველის სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის პირობების შესაბამისად. აღნიშნული დაფარვის გასააქტიურებლად/სამოგზაურო დაზღვევის პოლისის მისაღებად, სავალდებულოა, გაკეთდეს შეტყობინება სს „სადაზღვევო კომპანია“-ში, რის შემდეგაც დაზღვეულის მიერ პასპორტის მზღვეველისათვის წარდგენის საფუძველზე გაიცემა შესაბამისი სამოგზაურო დაზღვევის პოლისი.
- 4.12.** დოკუმენტაციის მზღვეველისათვის წარმოდგენისა და ანაზღაურების მოთხოვნის მაქსიმალური ვადა განისაზღვრება შესაბამისი თანხების დაზღვეულის (ან წარმომადგენლის) მიერ გადახდიდან 30 (ოცდაათი) კალენდარული დღით. აღნიშნული ვადის გასვლის შემდეგ დაზღვეული არ არის უფლებამოსილი მზღვეველისაგან მოითხოვოს შესაბამისი სადაზღვევო ანაზღაურება.
- 4.13.** მზღვეველი სადაზღვევო ანაზღაურების გაცემას ნაღდი ანგარიშსწორების გზით განახორციელებს მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ გასაცემი თანხის/ანაზღაურების ოდენობა არ აღემატება 200 (ორასი) ლარს. აღნიშნული თანხაზე მეტ თანხებზე ანგარიშსწორება მზღვეველის მიერ ხორციელდება უნაღდო ანგარიშსწორების გზით, ხელშეკრულებით გათვალისწინებული ყველა აუცილებელი დოკუმენტის მიღებიდან 10 (ათი) სამუშაო დღის განმავლობაში.

5. გამონაკლისები (პაკეტი #2, პაკეტი #3)

5.1. დაზღვევის ხელშეკრულების პირობების თანახმად, არ იფარება/არ ანაზღაურდება:

- 5.1.1.** სექსუალური დარღვევების, იმპოტენციის, უნაყოფობის, უშვილობის, კონტრაცეფციის და კონტრაცეპტივის, არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული აბორტის ხარჯები, კლიმაქსთან დაკავშირებული ხარჯები; რეპროდუქტოლოგიური პრობლემატიკის გამოკვლევასა და მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები; ორსულობის დროს სანაყოფე სითხის დიაგნოსტიკასთან, ნაყოფის გენეტიკურ კვლევასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 5.1.2.** ფსიქიკური და/ან ქცევითი აშლილობების გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები, კერძოდ: ორგანული ბუნების აშლილობანი, სიმპტომატურ აშლილობათა ჩათვლით; ფსიქოაქტიური ნივთიერებებით განპირობებული ფსიქიკური და ქცევითი აშლილობანი; შიზოფრენია, შიზოტიპური აშლილობანი; ნევროზული, სტრესთან დაკავშირებული და სომატოფორმული აშლილობანი; აფექტური აშლილობანი; ფიზიოლოგიური და ფიზიკური დარღვევებით გამოწვეული ქცევის პათოლოგია; პიროვნული და ქცევითი დარღვევები (ფსიქოპათიები); გონებრივი ჩამორჩენილობა, ფსიქიკური განვითარების დარღვევები; ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში დაწყებული ქცევითი და ემოციური აშლილობანი);
- 5.1.3.** რეფრაქციული ანომალიების ლაზერული კორექციის, ინტრაოკულარული ლინზების იმპლანტაციის, სათვალის, კონტაქტური ლინზებისა და სმენის აპარატის შეძენასთან დაკავშირებული ხარჯები;

- 5.1.4. შპრიან ან უშპრო დიაბეტთან, თირკმლის და/ან ღვიძლის ქრ. უკმარისობასთან, სისტემურ დაავადებებთან (კერძოდ: კვანძოვანი პოლიარტერიტი, მანევროზებული ვასკულოპათიები, სისტემური წითელი მგლურა, დერმატოპოლიმიოზიტი, სისტემური სკლეროზი, შემერთებული ქსოვილის სისტემური დაზიანებები) 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);
- 5.1.5. B და C ჰეპატიტებთან, შიდსთან და მათ გართულებებთან დაკავშირებული გამოკვლევისა და მკურნალობის ხარჯები (მაგრამ ანაზღაურდება ექვემდებარება პირველადი დიაგნოსტიკა);
- 5.1.6. გონორეის, ათაშანგის, შანკროიდის, ვენერიული გრანულომით გამოწვეული დონოვანოზის, ქლამიდიოზის, სასქესო ორგანოების ჰერპესის, სასქესო ორგანოების პაპილომაკიროზის, ციტომეგალოვირუსის, ტრიქომონიაზის, კანდიდოზით გამოწვეული ვულვოვაგინიტის და ბალანოპოსტიტის გამოკვლევის და მკურნალობის ხარჯების ანაზღაურება (მაგრამ ანაზღაურდება პირველადი დიაგნოსტიკა);
- 5.1.7. ალტერნატიული (ტრადიციული და/ან არატრადიციული) მედიცინის, აკუპუნქტურის, პლაზმაფერეზის, ოზონოთერაპიის, ჰომეოპათიის, მეზოთერაპიის, ლოგოპედიის, ექიმ-ჰომეოპათის, სამკურნალო ვარჯიშისა და სამკურნალო მასაჟის, ლაზეროთერაპიის, ფიზიოთერაპიის, რეაბილიტაციური და სანატორიულ-კურორტული მკურნალობის, ზრდის ფაქტორის (PRP) ინექციის, PET კვლევის, მონოკლონური ანტისხეულებით მკურნალობის/თერაპიის, კოსმეტიკური მიზნით ჩატარებული სამედიცინო მომსახურებების ხარჯები; წონის კორექციასთან დაკავშირებული ხარჯები; ბარიატრიული ქირურგია;
- 5.1.8. საზღვარგარეთ მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები, რაც ცდება დადგენილი დაზღვევის ტერიტორიის ფარგლებს; **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). კანონმდებლობით განსაზღვრული სათანადო კომპეტენციის მქონე უწყების მიერ არარეგისტრირებული მედიკამენტების, აგრეთვე, ბიოლოგიურად აქტიური დანამატების, ჰომეოპათიური სამკურნალო საშუალებების, იმუნომოდულატორების, იმუნოსტიმულატორებისა და იმუნოდეპრესანტების ხარჯები; ასევე, ნებისმიერი არასამკურნალო (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;
- 5.1.9. სისხლის სამართლის კოდექსით გათვალისწინებული კანონსაწინააღმდეგო ქმედების ჩადენისას ან თვითდაშავებით მიღებული დაზიანებების მკურნალობის ხარჯები, სამოქალაქო ომში, ნებისმიერი სახის საომარი მოქმედებების დროს, ანტისახელმწიფოებრივ გამოსვლებში, შეიარაღებულ დაპირისპირებაში, ტერორისტულ აქტებში მონაწილეობის შედეგად მიღებულ დაზიანებათა მკურნალობის ხარჯები, რადიაციული დასხივებისას მიღებული დაზიანების მკურნალობის ხარჯები, მღვიმეებისა და გამოქვაბულების გამოკვლევისასთან, აგრეთვე, ფეთქებად ნივთიერებათა განადგურებაში მონაწილეობასთან დაკავშირებული შემთხვევების ხარჯები, ეპიდემიებით, პანდემიებით, გარემოს დაბინძურებით ან სტიქიური უბედურებით გამოწვეული ჯანმრთელობის მდგომარეობის გაუარესების მკურნალობასთან დაკავშირებული ხარჯები;
- 5.1.10. 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 ალკოჰოლური, ნარკოტიკული და/ან ტოქსიკური ნივთიერებ(ებ)ის ზემოქმედების ქვეშ სატრანსპორტო საშუალების მართვისას მომხდარი ავტოსაგზაო შემთხვევით გამოწვეული მდგომარეობების/დაავადებების სამედიცინო მომსახურების/მკურნალობის ხარჯები;
- 5.1.11. 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);
- 5.1.12. 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);

- 5.1.13. 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;
- 5.1.14. აბლაციის ხარჯები (ინტერვენციულ კარდიოლოგიაში);
- 5.1.15. ჰოსპიტალური მომსახურებისას დამატებითი ან/და ექსკლუზიური მომსახურებების (არასტანდარტული პალატა, აყვანილი ექიმი და სხვა) ხარჯები;
- 5.1.16. არასამედიცინო ჩვენებით ჩატარებული მომსახურების ხარჯები.
- 5.1.17. გამოსაკვლევი მასალის საზღვარგარეთ კვლევასთან (მათ შორის, გაგზავნასთან) დაკავშირებული ხარჯები, მიუხედავად იმისა, საზღვარგარეთ გაგზავნის ორგანიზებას განახორციელებს თავად დაზღვეული თუ საქართველოში მოქმედი სამედიცინო დაწესებულება (ეს შეზღუდვა არ ვრცელდება მზღვეველის პროვაიდერ კლინიკებზე);
- 5.1.18. **დაზღვეულის** მიერ ინდივიდუალური განაცხადის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) შევსებისას განუცხადებელი (დამალული) დაავადებების და მათი გართულებების მკურნალობის ხარჯები.
- 5.1.19. თავისუფლების აღკვეთის პერიოდში გაწეული სამედიცინო მომსახურების ხარჯები.
- 5.1.20. ორსულობა/მშობიარობის ხარჯები შვილის სტატუსით დაზღვეულ პირებზე.

შენიშვნა: იმ შემთხვევაში, თუ სამედიცინო მომსახურების დაფინანსება გათვალისწინებულია რაიმე სახის სახელმწიფო/რეფერალური პროგრამ(ებ)ით, (გარდა "საყოველთაო ჯანდაცვაზე გადასვლის მიზნით გასატარებელ ზოგიერთ ღონისძიებათა შესახებ" საქართველოს მთავრობის 2013 წლის 21 თებერვლის #36 დადგენილებით გათვალისწინებული სახელმწიფო პროგრამებისა) მიუხედავად დაზღვეულის აღნიშნულ პროგრამაში მონაწილეობისა, მზღვეველი იღებს ვალდებულებას, დაფაროს/ანაზღაუროს მხოლოდ ასეთი პროგრამის ფარგლებში, კონკრეტული სამედიცინო მომსახურებისათვის განსაზღვრული თანაგადახდის (ასეთის არსებობის შემთხვევაში) მიღმა დარჩენილი თანხები. 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.