LIGA INSURANCE

1 Northern Ave, Yerevan 0001, Armenia
+374 12 88 88 88
info@ligainsurance.am
ligainsurance.am

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 2

ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍՏԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳ

1. Ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված բժշկական ծառայությունները (բացառությամբ տարեկան կանխարգելիչ բժշկական քննության) մատուցվում են ՀՀ առողջապահության նախարարի 2022 թվականի փետրվարի 23-ի N795-Ա հրամանով հաստատված ցանկում (Հավելված 5) ընդգրկված բժշկական կազմակերպություններում:

Դուք լիովին ազատ եք ցանկից ընտրելու այն բժշկական կազմակերպությունը, որտեղ ցանկանում եք ստանալ բժշկական ծառայությունը (բացառությամբ տարեկան կանխարգելիչ բժշկական քննության):

2. Սոցիալական փաթեթի շահառուն Ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված կանխարգելիչ բժշկական քննություն կարող է անցնել իր պոլիկլինիկայում, որին կցագրված է: Ընդ որում, եթե կցագրված է գյուղական բնակավայրերում գործող բժշկական կազմակերպությանը (գյուղական բժշկական ամբուլատորիա, գյուղական առողջության առաջնային պահպանման կենտրոն, գյուղական առողջության կենտրոն), ապա կանխարգելիչ բժշկական քննություն կարող է անցնել տվյալ տարածաշրջանի ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնություն իրականացնող պոլիկլինիկայում կամ բժշկական կենտրոնում:

3. Ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված ծառայություններից օգտվելու համար անհրաժեշտ է բժշկական կազմակերպությանը ներկայացնել Ձեր անձը հաստատող փաստաթուղթը[1] և տեղեկացնել սոցիալական փաթեթի շահառու կամ Բուժաշխատող հանդիսանալու մասին:

4. Ապահովագրության պայմանագրի շրջանակներում բժշկական ծառայությունները (բացի կանխարգելիչ բժշկական քննությունից) տրամադրվում են բացառապես բժշկի ցուցման հիման վրա, ընդ որում՝

[1] 2017թ. հոկտեմբերի 01-ից սոցիալական փաթեթի շահառուի հավաստագրի ներկայացման անհրաժեշտությունը վերացել է. բավական է ներկայացնել միայն անձը հաստատող փաստաթուղթը:

- *<u>հիվանդանոցային բժշկական օգնության ստացման համար</u>* անհրաժեշտ է տվյալ բժշկական կազմակերպության[2] ընդունարանի բժշկի կամ նեղ մասնագետի եզրակացությունը,
- *<u>արտահիվանդանոցային պայմաններում հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների ստացման համար</u>* անհրաժեշտ է Ձեզ սպասարկող առողջության առաջնային պահպանում իրականացնող բժշկական կազմակերպության (կցագրված պոլիկլինիկայի) կամ դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություններ մատուցող բժշկական կազմակերպության ընդունարանի բժշկի կամ նեղ մասնագետի եզրակացությունը:

5. Բժշկի կողմից Ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված բժշկական ծառայությունների ցուցման դեպքում բժշկական կազմակերպությունն առցանց հարցում է կատարում ապահովագրական ընկերությանը՝ ներկայացնելով անհրաժեշտ փաստաթղթերը: Ապահովագրական ընկերությունն իր հերթին հաստատում է (անհետաձգելի բուժօգնություն չպահանջող դեպքերում՝ առավելագույնը 2 աշխատանքային օրում) բժշկական ծառայության հատուցումը կամ ներկայացնում հիմնավոր մերժում:

6. Ապահովագրական ընկերության կողմից բժշկական ծառայության հաստատումից հետո բժշկական կազմակերպությունը Ձեզ տրամադրում է հաստատված ծավալով բժշկական ծառայությունները[3]:

7. Ապահովագրության պայմանագրով Ձեզ ցուցաբերված բժշկական օգնության և սպասարկման փոխհատուցումն իրականացվում է «ՌՈՍԳՈՍՍՏՐԱԽ-ԱՐՄԵՆԻԱ» ապահովագրական ընկերության կողմից՝ «ՌՈՍԳՈՍՍՏՐԱԽ-ԱՐՄԵՆԻԱ» ապահովագրական ընկերության և բժշկական կազմակերպության միջև կնքված պայմանագրի համաձայն: Ապահովագրական ընկերության կողմից բոլոր վճարումներն ուղղակիորեն կատարվում են բժշկական կազմակերպությանը:

---

[2] 2017թ. հոկտեմբերի 01-ից Ձեր պոլիկլինիկայից ուղեգիր ստանալու պարտադիր պայմանը հանվել է:

[3] Արտահիվանդանոցային պայմաններում համավճարային սկզբունքով իրականացվող հատուկ և դժվարամատչելի հետազոտությունները տրամադրվում են Ձեր կողմից համավճարի չափով վճարումը կատարելուց հետո: Համավճարի չափերը ներկայացված են Հավելված 1-ում:

Եթե արտահիվանդանոցային ձևով իրականացված հետազոտություններից հետո նույն բուժհաստատությունում Դուք ստացել եք Ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված հիվանդանոցային բուժօգնություն, ապա այդ բուժհաստատության կողմից տրամադրված հիվանդանոցային բուժօգնության գնի մեջ ներառվում են նաև հիվանդանոցային բուժօգնությանը նախորդած և տվյալ բուժհաստատության կողմից արտահիվանդանոցային ձևով իրականացված այն ախտորոշիչ հետազոտությունների[4] արժեքները, որոնք իրականացվել են Ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված բժշկական ծառայության ստացման հարցումից 3 (երեք) աշխատանքային օր առաջ:

Եթե մինչև հիվանդանոցային բուժօգնության ստացումը Դուք արդեն վճարել եք այդ հետազոտությունների համար, ապա հիվանդանոցային բուժօգնություն ստանալու ընթացքում կամ դրանից հետո 30 (երեսուն) օրվա ընթացքում իրավունք ունեք դիմել բուժհաստատությանը՝ ներկայացնելով հետազոտությունների համար կատարված վճարումը հավաստող փաստաթուղթը, ինչից հետո 1 (մեկ) աշխատանքային օրվա ընթացքում բուժհաստատությունը պարտավոր է վերադարձնել Ձեր կողմից վճարված գումարը:

ՊԱՐՏԱԴԻՐ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆԻՑ ՕԳՏՎԵԼՈՒ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

Կանխարգելիչ բժշկական քննությունից օգտվելը սոցիալական փաթեթի շահառուների համար պարտադիր է: 2017 թվականից սկսած յուրաքանչյուր տարի սոցիալական փաթեթի շահառուների համար պարտադիր կանխարգելիչ բժշկականն քննություն անցնելն ակտիվացնում է սոցիալական փաթեթի ծառայությունները՝ կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցնելու վերաբերյալ տեղեկանքն ստանալու օրվանից մեկ տարի (365 օր) ժամկետով:

Օրացույցային տարվա ընթացքում (հունվարի 01-ից մինչև դեկտեմբերի 31-ը) սոցիալական փաթեթի շրջանակներում Դուք կարող եք միայն մեկ անգամ անցնել կանխարգելիչ բժշկական քննություն: Ընդ որում, եթե Դուք կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցել եք տարվա երկրորդ կեսին, ապա հաջորդը կարող եք անցնել ոչ շուտ, քան վեց ամիս անց:

Կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցնելու համար Դուք կարող եք դիմել՝

- Ձեր պոլիկլինիկա, որին կցագրված եք:

[4] Հիվանդանոցային բուժօգնության համար անհրաժեշտ հետազոտությունների՝ բացառությամբ հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների:

- տվյալ տարածաշրջանի ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնություն իրականացնող պոլիկլինիկա կամ բժշկական կենտրոն՝ գյուղական բնակավայրերում գործող բժշկական կազմակերպությանը կցագրված լինելու դեպքում: