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

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 4

ՀԱՃԱԽԱԿԻ ՏՐՎՈՂ ՀԱՐՑԵՐ

1. **Ապահովագրության պայմանագրի շրջանակներում բժշկական օգնություն ստանալու համար ի՞նչ փաստաթղթեր է հարկավոր ներկայացնել բժշկական կազմակերպություն:**

   Անհրաժեշտ է ներկայացնել Ձեր անձը հաստատող փաստաթուղթը:

2. **Որտե՞ղ կարող եմ անցնել կանխարգելիչ բժշկական քննություն:**

   Պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննություն կարող եք անցնել պոլիկլինիկայում, որին կցագրված եք: Ընդ որում, եթե Դուք կցագրված եք գյուղական բնակավայրերում գործող բժշկական կազմակերպությանը (գյուղական բժշկական ամբուլատորիա, գյուղական առողջության առաջնային պահպանման կենտրոն, գյուղական առողջության կենտրոն), ապա պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննություն կարող եք անցնել տվյալ տարածաշրջանի ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական օգնություն իրականացնող պոլիկլինիկայում կամ բժշկական կենտրոնում:

3. **Ի՞նչ է նշանակում կանխարգելիչ բժշկական քննության պարտադիր պայման լինելը:**

   Կանխարգելիչ բժշկական քննությունն անցնելը սոցիալական փաթեթի շահառուների համար պարտադիր է: Կանխարգելիչ բժշկական քննության անցնելն ակտիվացնում է սոցիալական փաթեթի ծառայությունները՝ կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցնելու վերաբերյալ տեղեկանքն ստանալու օրվանից մեկ տարի (365 օր) ժամկետով:

4. **Եթե չեմ հասցրել անցնել կանխարգելիչ բժշկական քննություն, և առաջացել է անհետաձգելի բուժօգնություն ստանալու անհրաժեշտություն, բուժծառայությունները կտրամադրվե՞ն թե ոչ:**

   Այո, Շահառուն իրավունք ունի առողջապահական փաթեթից (առողջության ապահովագրությունից) օգտվելու՝ անկախ բժշկական քննություն անցած լինելու հանգամանքից:

   ՀՀ կառավարության 2012 թվականի դեկտեմբերի 27-ի N 1691-Ն[1] որոշման համաձայն՝ կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցնելն ազդում է միայն սոցիալական փաթեթով նախատեսված հետևյալ ծառայությունների վրա՝

[1] https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=157365

- *հանգստի ապահովում՝ ՀՀ-ում և ԼՂՀ-ում,*
- *հիփոթեքային վարկի ամսական վճարի մարում,*
- *ուսման վճար,*
- *ի լրումն առողջապահական փաթեթի՝ առողջության ապահովագրության <u>լրացուցիչ</u> ծառայությունների փաթեթի ձեռքբերում:*

5. **Պե՞տք է զանգահարել ապահովագրական ընկերություն մինչև բժշկին դիմելը:**

   Ոչ, ապահովագրական ընկերությանը զանգահարելու անհրաժեշտություն չկա, եթե Շահառուն ցանկանում է ստանալ Ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված ծառայություններն, ապա անհրաժեշտ է դիմել բժշկական կազմակերպությանը:

6. **Ի՞նչ կարգով է իրականացվում Շահառուին ցուցաբերված բժշկական օգնության դիմաց վճարումը: Կարո՞ղ եմ արդյոք վճարովի հիմունքներով բուժում ստանալուց հետո իմ կողմից կատարված վճարումների ՀԴՄ կտրոնները ներկայացնել ապահովագրական ընկերությանը՝ ծախսերի փոխհատուցում ստանալու համար:**

Շահառուին ցուցաբերված բժշկական օգնության դիմաց հատուցումն իրականացվում է անմիջապես բժշկական կազմակերպությանը համապատասխան գումարներ վճարելու միջոցով:

ՀՀ կառավարության որոշման և Ապահովագրության պայմանագրի համաձայն՝ ապահովագրական ընկերությունը Շահառուի կողմից կատարված բուժօգնության ծախսերի համար Շահառուին ուղղակի հատուցում չի կարող իրականացնել:

7. **Ապահովագրության պայմանագրով ատամնաբուժական ծառայությունները հատուցվու՞մ են, թե ոչ:**

   Ոչ, Ապահովագրության պայմանագրով ատամնաբուժական ծառայությունները չեն հատուցվում:

8. **Արդյո՞ք ամբուլատոր դեղորայքի գծով ծախսերը ընդգրկված են ապահովագրական ծածկույթում:**

   Ոչ, Ապահովագրության պայմանագրով ամբուլատոր դեղորայքը չի հատուցվում:

9. **Արդյո՞ք հատուցում նախատեսվում է ակնաբուժական ծառայությունների, ինչպես նաև ակնոցների, կոնտակտային լինզաների ձեռքբերման համար:**

   Ակնաբուժական ծառայությունների մասով տրամադրվում են միայն հիվանդանոցային պայմաններում իրականացվող աչքի վիրահատությունները: Ակնոցների, ապակիների,

կոնտակտային լինզաների մասով Ապահովագրության պայմանագրով հատուցում չի նախատեսվում:

10. Հատուցվու՞մ է արդյոք քթի միջնապատի վիրահատությունը:

Այո, քթի միջնապատի վիրահատությունը ներառված է ապահովագրական ծածկույթում: Չեն հատուցվում քթի այն վիրահատությունները, որոնք կատարվում են կոսմետիկ և/կամ էսթետիկ նպատակներով:

11. Հատուցվու՞մ է արդյոք նշիկների հեռացման վիրահատական միջամտությունը (տոնզիլէկտոմիա):

Այո, նշիկների հետ կապված ցանկացած վիրահատական միջամտություն ներառված է ապահովագրական ծածկույթում:

12. Եթե շտապօգնություն ենք կանչում, հատուցվու՞մ է:

Համաձայն [ՀՀ կառավարության 2004 թ. մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման](#)[2]՝ շտապօգնության ծառայություններն անվճար են, հետևաբար դրանց մասով Ապահովագրության պայմանագրով հատուցում չի նախատեսվում:

13. Հատուցվու՞մ է արդյոք հղիության վարումը և ծննդաբերությունը:

Միևնույն ժամանակ, Համաձայն [ՀՀ կառավարության 2004թ. մարտի 4-ի N 318-Ն որոշման](#)՝ հղիության վարման և ծննդաբերության հետ կապված ծառայություններն անվճար են, հետևաբար դրանց մասով Ապահովագրության պայմանագրով հատուցում չի նախատեսվում:

14. Ապահովագրության պայմանագրով ներառվու՞մ է արդյոք արտահիվանդանոցային (ամբուլատոր) բժշկական օգնությունը, ներառյալ խորհրդատվությունները և ախտորոշիչ հետազոտությունները:

Ապահովագրության պայմանագրով արտահիվանդանոցային ծառայություններից ներառված են միայն.

- *վնասվածքների առաջնային բուժօգնությունը,*
- *հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները (տե՛ս Հավելված 1-ի 1.2 կետը):*

Արտահիվանդանոցային մյուս ծառայությունները ներառված չեն Ապահովագրության պայմանագրում:

Միևնույն ժամանակ, սոցիալական փաթեթի և Ապահովագրության պայմանագրի շրջանակներից դուրս Դուք կարող եք անվճար ստանալ արտահիվանդանոցային

---

[2] https://www.arlis.am/DocumentView.aspx?docid=161118

ծառայություններ Ձեզ սպասարկող ամբուլատոր-պոլիկլինիկական բժշկական կազմակերպությունում [ՀՀ կառավարության 2004թ. մարտի 4-ի N 318-Ն որոշմամբ]() սահմանված կարգով: Մանրամասների համար կարող եք դիմել Ձեր ամբուլատոր-պոլիկլինիկական կազմակերպություն կամ զանգահարել ՀՀ առողջապահության նախարարության թեժ գիծ +374 10 52-88-72 և 8003 հեռախոսահամարներով:

15. **Կարո՞ղ եմ արդյոք Ապահովագրության պայմանագրի շրջանակներում օգտվել ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներից և բուժումից կամ ենթարկվել պլաստիկ վիրահատության:**

    Ոչ, Դուք չեք կարող օգտվել ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումներից և բուժումից կամ ենթարկվել պլաստիկ վիրահատության, քանի որ նշված ծառայությունները ներառված չեն ապահովագրական ծածկույթում:

16. **Արդյո՞ք հիվանդանոցային բուժման ընթացքում կատարվող լաբորատոր-գործիքային ախտորոշիչ հետազոտությունները տրամադրվում են Ապահովագրության պայմանագրով:**

    Եթե Ձեր հիվանդանոցային բուժօգնությունը ներառված է Ապահովագրության պայմանագրում, ապա հիվանդանոցային բուժման ընթացքում իրականացվող լաբորատոր-գործիքային բոլոր հետազոտությունները ներառված են բուժման արժեքի մեջ, և Դուք որևէ վճարումներ չեք կատարում դրանց համար:

17. **Ապահովագրության պայմանագրով կարո՞ղ եմ բժշկական օգնություն ստանալ չարորակ նորագոյացությունների կապակցությամբ:**

    Ապահովագրության պայմանագրով հատուցվում են չարորակ նորագոյացությունների միայն վիրահատական և ճառագայթային բուժումները:

18. **Ապահովագրության պայմանագրով կարո՞ղ եմ հիվանդանոցում բժշկական օգնություն ստանալ ողնաշարի հիվանդությունների կապակցությամբ:**

    Ողնաշարի, ինչպես նաև միջողային սկավառակների (դիսկերի գրիժաների և պրոթրուզիաներ) վիրահատական միջամտությունները հատուցվում են, իսկ ողնաշարի միջողային սկավառակների ախտահարումների, ողնաշարի դեգեներատիվ դիստրոֆիկ փոփոխությունների (պրոթրուզիաներ, ճողվածքներ և այլն), կեցվածքի խախտման շեղումների, սկոլիոզի, կիֆոզի, լորդոզի, օստեոխոնդրոզի ոչ վիրահատական բուժօգնությունը Ապահովագրության պայմանագրով ենթակա չէ հատուցման: Սակայն, վերը թվարկվածների կապակցությամբ բժշկի ցուցմամբ նշանակված հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունները հատուցվում են Ապահովագրության պայմանագրով:

19. Արդյոք կարո՞ղ եմ բժշկական օգնություն ստանալ քրոնիկ հիվանդությունների կապակցությամբ:

Քրոնիկ հիվանդությունների ոչ վիրահատական բուժումը (օրինակ՝ ռևմատոիդ արթրիտ, շաքարային դիաբետ, քրոնիկ գաստրիտ, քրոնիկ խոլեցիստիտ, թոքերի էմֆիզեմա, հիպերտոնիկ հիվանդություն, բրոնխիալ ասթմա, սրտի իշեմիկ հիվանդություն, զարկերակային հիպերտոնիա և այլն) Ապահովագրության պայմանագրով չի հատուցվում՝ բացառությամբ կյանքին վտանգ սպառնացող սրացումների/բարդությունների անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժման:

20. Կարո՞ղ է արդյոք մերժվել ծառայության տրամադրումն այն հիմնավորմամբ, որ հիվանդությունը քրոնիկ է, եթե ես առաջին անգամ եմ հիվանդացել և նախկինում առողջական խնդրով բժշկի չեմ դիմել:

Այո, նման դեպքեր հնարավոր են, քանի որ հիվանդությունը հենց առաջին ախտորոշման ժամանակ կարող է որակվել որպես քրոնիկ:

21. Հիվանդասենյակի գծով ծախսերը հատուցվու՞մ են ապահովագրական ընկերության կողմից:

Այո, ստացիոնար բուժման ընթացքում հիվանդի՝ ընդհանուր հիվանդասենյակում գտնվելու ծախսերը ներառված են բուժման արժեքի մեջ, հետևաբար Շահառուն դրա համար չի վճարում:

Եթե Շահառուն հրաժարվում է ընդհանուր հիմունքներով իրեն հատկացվող հիվանդասենյակից և ցանկանում է օգտվել առանձացված կամ լրացուցիչ հարմարություններով հիվանդասենյակից, ապա դրա համար Շահառուն պետք է վճարի սեփական միջոցների հաշվին (ապահովագրական ընկերությունը չի հատուցում այդ ծախսը):

22. Եթե Շահառուն սուր վիճակում դիմել է հիվանդանոց (օրինակ՝ ինսուլտ, սրտամկանի ինֆարկտ և այլն), արդյոք կարո՞ղ է բուժօգնություն ստանալ Ապահովագրության պայմանագրի շրջանակներում:

Այո, Շահառուին անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժում պահանջող և/կամ սուր վիճակներում ցուցաբերված հիվանդանոցային բժշկական օգնությունը ներառված է Ապահովագրության պայմանագրի ծածկույթում:

23. Արդյո՞ք սահմանված է Շահառուին ցուցաբերված բժշկական օգնության դիմաց հատուցման տարեկան առավելագույն գումար (ապահովագրական գումար):

Ապահովագրության պայմանագրով Շահառուին ցուցաբերվող բժշկական օգնության գծով տարեկան ընդհանուր կարող է առավելագույնը վճարվել 10 մլն ՀՀ դրամ:

24. Ինչպե՞ս կարող եմ ստանալ անհրաժեշտ տեղեկատվություն և լրացուցիչ պարզաբանումներ Ապահովագրության պայմանագրի շրջանակներում հատուցվող կամ չհատուցվող ծառայությունների և այլ հարցերի վերաբերյալ:

Հարցերի և պարզաբանումների համար կարող եք դիմել «ԼԻԳԱ ԻՆՇՈՒՐԱՆՍ» ապահովագրական ընկերություն հետևյալ կապի միջոցներից ցանկացածով՝

- ✓ *շուրջօրյա գործող հեռախոսահամարով՝ (012) 88 88 88,*
- ✓ *էլ. փոստով՝ socpatet@ligainsurance.am*
- ✓ *այցելելով Անձնական հայտերի կարգավորման միասնական կենտրոն՝ ք. Երևան, Հյուսիսային պողոտա 1, երկ-ուրբ, աշխատանքային ժամեր՝ 09:00 մինչև 18:00:*

25. Ու՞մ կարող եմ դիմել բողոքների դեպքում

Բողոքների դեպքում կարող եք դիմել «ԼԻԳԱ ԻՆՇՈՒՐԱՆՍ» ապահովագրական ընկերություն.

✓ *առցանց դիմում ներկայացնելով https://www.ligainsurance.am/hy/forms/6/boghoq-online հղմամբ*

✓ *էլ. փոստով՝ quality@ligainsurance.am*

✓

Ապահովագրական ընկերությունը 10 աշխատանքային օրվա ընթացքում գրավոր կպատասխանի Ձեր բողոքին:

Սահմանված ժամկետում պատասխանը չստանալու կամ ապահովագրական ընկերությանը պատասխանը Ձեզ չբավարարելու դեպքում Դուք իրավունք ունեք դիմելու Ֆինանսական համակարգի հաշտարարին: Ֆինանսական համակարգի հաշտարարին դիմելով՝ Դուք ոչինչ չեք կորցնում, քանի որ Հաշտարարի ծառայություններն անվճար են, պահանջի քննության գործընթացը պարզ է և կարճ: Գործի քննության ընթացքում չկա իրավապաշտպանի անհրաժեշտություն, և ապահովվում է տեղեկատվության գաղտնիություն: Հաշտարարի որոշումը Ձեզ համար պարտադիր է միայն այն դեպքում, երբ համաձայն եք դրա հետ: Իսկ եթե համաձայն չեք Հաշտարարի որոշման հետ, Դուք կարող եք Ձեր պահանջը ներկայացնել նաև դատարան: Ֆինանսական համակարգի հաշտարարի գրասենյակի տվյալներն են՝

ՀՀ, 0010 ք. Երևան, Մ. Խորենացի փողոց 15

«Էլիտ Պլազա» բիզնես կենտրոն, 7-րդ հարկ

Հեռախոս՝ (+ 374 60) 70-11-11

Ինտերնետային էջ՝ www.fsm.am

Էլ. փոստ՝ info@fsm.am

26. Հնարավո՞ր է փոխել ապահովագրական ընկերությունը:

Ապահովագրության պայմանագրի գործողության ընթացքում փաթեթով նախատեսված ծառայությունների ստացման համար առնվազն մեկ անգամ դիմած Շահառուն իրավունք ունի գրավոր դիմելու Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարություն՝ պահանջելով հաջորդ տարվա համար բացառել նույն ապահովագրական ընկերության հաճախորդը լինելու հնարավորությունը: Դիմումը ներկայացրած Շահառուն հաջորդ տարի պատահականության սկզբունքով կապահովագրվի Ծրագրին մասնակցող մեկ այլ ապահովագրական ընկերությունում: