

ԾԱՌԱՅՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍՏԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳ

1. Ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված բժշկական ծառայությունները մատուցվում են ՀՀ առողջապահության նախարարության կողմից հաստատված ցանկում (Հավելված 5) ընդգրկված բժշկական հաստատություններում:



Դուք լիովին ազատ եք ցանկից ընտրելու այն բժշկական կազմակերպությունը, որտեղ ցանկանում եք ստանալ բժշկական ծառայությունը:

2. Ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված ծառայություններից օգտվելու համար անհրաժեշտ է բժշկական կազմակերպությանը ներկայացնել Ձեր անձը հաստատող փաստաթուղթը¹ և տեղեկացնել սոցիալական փաթեթի շահառու հանդիսանալու մասին:



Կառավարության որոշման համաձայն՝ 2018թ. հունվարի 01-ից սկսած Ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված բժշկական ծառայություններից օգտվելու համար պարտադիր է լինելու նույնականացման քարտի (ID քարտ) ներկայացումը:

3. Ապահովագրության պայմանագրի շրջանակներում բժշկական ծառայությունները (բացի կանխարգելիչ բժշկական քննությունից) տրամադրվում են բացառապես բժշկի ցուցման հիման վրա, ընդ որում՝
 - հիվանդանոցային բժշկական օգնության ստացման համար անհրաժեշտ է տվյալ բժշկական կազմակերպության² ընդունարանի բժշկի կամ նեղ մասնագետի եզրակացությունը,
 - արտահիվանդանոցային պայմաններում հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների ստացման համար անհրաժեշտ է Ձեզ սպասարկող առողջության առաջնային պահպանում իրականացնող բժշկական կազմակերպության (կցագրված տեղամասային պոլիկլինիկայի) կամ դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություններ մատուցող բժշկական կազմակերպության ընդունարանի բժշկի կամ նեղ մասնագետի եզրակացությունը:

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

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

4. 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:
5. Ապահովագրական ընկերության կողմից բժշկական ծառայության հաստատումից հետո բժշկական կազմակերպությունը Ձեզ տրամադրում է հաստատված ծավալով բժշկական ծառայությունները³:
6. 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:



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 ավտորոշիչ հետազոտությունների⁴

արժեքները, որոնք իրականացվել են ապահովագրության պայմանագրով նախատեսված բժշկական ծառայության ստացման հարցումից 3 աշխատանքային օր առաջ:

Եթե մինչև հիվանդանոցային բուժօգնության ստացումը Դուք արդեն վճարել եք այդ հետազոտությունների համար, ապա հիվանդանոցային բուժօգնություն ստանալու ընթացքում կամ դրանից հետո 30 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 ՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆՆԻՑ

ՕԳՏՎԵԼՈՒ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

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:

⁴ Հիվանդանոցային բուժօգնության համար անհրաժեշտ հետազոտությունների՝ բացառությամբ հատուկ և դժվարամատչելի ավտորոշիչ հետազոտությունների:

2015 թվականից պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննությունից օգտվելը սոցիալական փաթեթի շահառուների համար պարտադիր է: Պարտադիր կանխարգելիչ բժշկական քննություն անցնելն ակտիվացնում է սոցիալական փաթեթով նախատեսված ծառայությունները՝ տվյալ և հաջորդ տարվա համար:

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 ևս Դուք կարող եք դիմել ցանկում ներառված ցանկացած բժշկական կազմակերպություն, այդ թվում նաև հիվանդանոցային⁵: Կանխարգելիչ բժշկական քննություններն իրականացվում են այն բժշկական կազմակերպություններում, որոնցում առկա են կանխարգելիչ բժշկական քննության ծավալում ընգրկված բոլոր ծառայությունները տեղում մատուցելու հնարավորությունները:

⁵ Նախկինում հնարավորություն էր ընձեռվում անցնել միայն տեղամասային պոլիկլինիկայում: