



ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ՄԵՋ Է ԴՐՎԵԼ
«ՌԵՍՈ» ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՓԱԿ
ԲԱԺՆԵՏԻՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ
Գործադիր տնօրենի
հրամանով

ստ «18» «փետրվար» 2015թ.

«ՌԵՍՈ» ԱՓԲԸ գործադիր տնօրեն՝

_____ Ս. Գրիգորյան
ստորագրություն

Կ.Տ.

ՀԱՍՏԱՏՎԱԾ Է
«ՌԵՍՈ» ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՓԱԿ
ԲԱԺՆԵՏԻՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ
Խորհրդի որոշմամբ

ստ «12» «հունվար» 2015թ.

«ՌԵՍՈ» ԱՓԲԸ խորհրդի նախագահ՝

Գ. Զարարյան

**ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ՓԱԹԵԹԻ ՇԱՀԱՌՈՒԻ
ԱՌՈՂՋՈՒԹՅԱՆ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ**

ԵՐԵՎԱՆ

2015

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ

ԳԼՈՒԽ 1. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ 3

ԳԼՈՒԽ 2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕԲՅԵԿՏ..... 3

ԳԼՈՒԽ 3. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐ 3

ԳԼՈՒԽ 4. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐ 4

ԳԼՈՒԽ 5. ՉՓՈԽՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐ (ՖՐԱՆՇԻԶԱ)..... 4

ԳԼՈՒԽ 6. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐԻ ՎՃԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳՆ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ..... 4

ԳԼՈՒԽ 7. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԿՆՔՈՒՄԸ, ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ
ԺԱՄԿԵՏԸ ԵՎ ՎԱՂԱԺԱՄԿԵՏ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ 5

ԳԼՈՒԽ 8. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՅՏԵՐԻ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՅԸ..... 5

 8.1. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՅՏԵՐԻ ՆԵՐԿԱՅԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ 5

 8.2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒՑՄԱՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ 7

ԳԼՈՒԽ 9. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏԱԴԱՐՁ ՊԱՀԱՆՁԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔԸ..... 7

ԳԼՈՒԽ 10. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ, ԱՊԱՀՈՎԱԴՐԻ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԻ
ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ 7

ԳԼՈՒԽ 11. ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅՈՒՆԸ..... 9

ԳԼՈՒԽ 12. ԿՈՂՄԵՐԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՎԵՃԵՐԻ ԼՈՒԾՄԱՆ ԿԱՐԳԸ..... 9

ԳԼՈՒԽ 13. ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ 10

ԳԼՈՒԽ 14. ԵԶՐԱՓԱԿԻՉ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ 10

ՀԱՎԵԼՎԱԾ 1 11

ԳԼՈՒԽ 1 ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՑԹՆԵՐ

- 1.1.** Մոնիալական փաթեթի շահառուի առողջության ապահովագրության պայմանները (այսուհետև՝ Պայմաններ) Մոնիալական փաթեթի շահառուի առողջության ապահովագրության Պայմանագրի (այսուհետև՝ Պայմանագիր) անբաժանելի մասն է և պարտադիր են պայմանագրի կողմերի համար:
- 1.2.** Պայմանագիրը վերաբերում է առողջության ապահովագրության դասին, ենթադաս՝ հատուցմամբ կախված պատահարի բնույթից:
- 1.3.** Պայմաններում օգտագործվող հասկացություններն ունեն չչ քաղաքացիական օրենսգրքում և «Ապահովագրության և ապահովագրական գործունեության մասին» չչ օրենքում կիրառվող նշանակությունը:
- 1.4.** Սույն Պայմանների շրջանակներում Պայմանագրով Ապահովագրված անձ կարող է հանդիսանալ Մոնիալական փաթեթի շահառու:

ԳԼՈՒԽ 2 ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՕԲՅԵԿՏ

Պայմանագրով ապահովագրության օբյեկտ է համարվում Ապահովագրված անձի չչ օրենսդրությանը չհակասող անձնական և գույքային շահերը, որոնք կապված են Պայմանագրով սահմանված ապահովագրական պատահարների տեղի ունենալու, դրանց հետևանքով Ապահովագրված անձին ցուցաբերված բժշկական օգնության և դրա արդյունքում առաջացած ծախսերի հատուցման հետ:

ԳԼՈՒԽ 3 ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՊԱՏԱՀԱՐ

- 3.1.** Ապահովագրական պատահար է համարվում Պայմանագրով նախատեսված այն դեպքը, որի վրա հասնելու արդյունքում առաջանում է Պայմանագրով նախատեսված ապահովագրական հատուցում վճարելու Ապահովագրողի պարտավորությունը: Ընդ որում, սույն Պայմանների անբաժանելի մաս հանդիսացող Հավելված 1-ի Բացառություններում նշված դեպքերը չեն որակվում որպես ապահովագրական պատահար և չեն հատուցվում:
- 3.2.** Հատուցումները վճարվում են Ապահովագրողի կողմից այնքանով, որքանով մատուցված բժշկական ծառայությունները համապատասխանում են ախտանշաններին, նշանակումներին կամ ախտորոշմանը (հիվանդանոցային բժշկական օգնության դեպքում դա նաև նշանակում է, որ հաշվի առնելով ախտանշանները կամ վիճակը, տրամադրված ծառայությունները ամբուլատոր պայմաններում չեն կարող մատուցվել անվտանգ ճանապարհով), անհրաժեշտ և նպատակահարմար են տվյալ հիվանդության, վնասվածքի կամ բժշկական վիճակի համար, ընդ որում, տվյալ ծառայությունները չպետք է իրականացվեն բացառապես Ապահովագրված անձի, բժշկի կամ բժշկական օգնությունն իրականացնող անձի հարմարավետությունից ելնելով, և դրանց դիմաց գանձումները ողջամիտ են և համապատասխանում են սովորաբար նման դեպքերի համար ընդունված վճարների չափին:
- 3.3.** Բժշկական հաստատության կողմից Ապահովագրված անձին մատուցվող և, ըստ Պայմանագրի, Ապահովագրողի կողմից հատուցվող բժշկական ծառայությունների ծավալը, ինչպես նաև այդպիսի ծառայություններից օգտվելու կարգը որոշվում են սույն Պայմաններով և նրա անբաժանելի մաս հանդիսացող Հավելված 1-ով նախատեսված ծրագրերին, կարգին և բացառություններին համապատասխան և բացառապես դրանց շրջանակներում:
- 3.4.** Պայմանագրի շրջանակներում ապահովագրական բոլոր ծառայությունները մատուցվում են միայն Հայաստանի Հանրապետության և Լեռնային Ղարաբաղի Հանրապետության տարածքներում:

ԳԼՈՒԽ 4
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԳՈՒՄԱՐ

- 4.1. Պայմանագրով ապահովագրական գումարը, որն Ապահովագրողի կողմից վճարման ենթակա հնարավոր ապահովագրական հատուցման առավելագույն չափն է, մեկ դրույքաչափ ունեցող յուրաքանչյուր Ապահովագրված անձի համար կազմում է՝ 2.000.000 (երկու միլիոն) ՀՀ դրամ:
- 4.2. Մեկ դրույքաչափից պակաս ունեցող անձանց համար Ապահովագրական գումարը հաշվարկվում է վճարված ապահովագրավճարին համամասնորեն:
- 4.3. Յուրաքանչյուր ապահովագրական հատուցում վճարելուց հետո ապահովագրական գումարը նվազեցվում է կատարված հատուցման չափով:

ԳԼՈՒԽ 5
ՉՀԱՏՈՒՑՎՈՂ ԳՈՒՄԱՐ (ՖՐԱՆՇԻԶԱ)

- 5.1. Ֆրանշիզա՝ Ապահովագրական գումարի նկատմամբ տոկոսային հարաբերակցությամբ կամ բացարձակ մեծությամբ Պայմանագրով սահմանված գումար, որի չափով Ապահովագրողն ազատվում է հատուցում կատարելու պարտավորությունից:
- 5.2. Ըստ Պայմանագրի չհատուցվող գումար չի կիրառվում:

ԳԼՈՒԽ 6
ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱՎՃԱՐՆԵՐԻ ՎՃԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ ՈՒ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐԸ

- 6.1. Ապահովագրավճարը, դա Պայմանագրով սահմանված չափով և պայմաններով Ապահովադրի կողմից Ապահովագրողին ապահովագրության դիմաց վճարման ենթակա գումարն է: Սույն Պայմանագրով նախատեսվում է Ապահովագրավճարի տարածամկետ վճարման եղանակ, համաձայն որի Ապահովադիրը պարտավոր է Ապահովագրվճարի առաջին մասը վճարել իր Սոցիալական փաթեթի շահառուի հաշվին առկա գումարի չափով՝ Պայմանագիրը համապատասխան բանկ ներկայացման պահից եռօրյա ժամկետում, իսկ մնացած մասը, այդպիսին առաջանալու դեպքում՝ յուրաքանչյուր ամիս 6 (վեց) հազարական ՀՀ դրամի չափով՝ մինչև Ապահովագրավճարի վերջնական մարումը:
- 6.2. Մեկ դրույքաչափ ունեցող անձանց համար Ապահովագրավճարը յուրաքանչյուր Ապահովագրված անձի համար կազմում է 72,000 (Յոթանասուներկու հազար) ՀՀ դրամ:
- 6.3. Կեսից մինչև մեկ դրույքաչափ ունեցող անձանց համար Ապահովագրավճարը կարող է սահմանվել համամասնորեն ըստ Ապահովագրված անձի ունեցած դրույքաչափի, սակայն ոչ պակաս քան 36,000 (Երեսուներեց հազար) ՀՀ դրամը, նման դեպքում Ապահովագրված անձին տրվող հատուցումները կատարվում են նույն համամասնությամբ:
- 6.4. Մեկից մինչև կես դրույքաչափ ունեցող անձինք կարող են կնքել մեկ դրույքին համապատասխան պայմանագիր՝ Պայմանագրի կնքման պահից երեք աշխատանքային օրվա ընթացքում սեփական միջոցներով լրավճարելով տարբերության չափով գումարը՝ մուտքագրելով այն իր սոցփաթեթի հաշվեհամարին, և հիմքերը ներկայացնելով Ապահովագրողին կամ վերջինիս ներկայացուցչին:
- 6.5. Պայմանագրով սահմանված ապահովագրավճարի վճարումը Ապահովադրի կողմից կատարվում է անկանխիկ եղանակով՝ իր սոցփաթեթի շահառուի հաշվից Ապահովագրողի բանկային հաշվին փոխանցելով:
- 6.6. Միանվագ կամ առաջին հերթական ապահովագրավճարը ապահովագրության պայմանագրում նշված ժամկետներում չվճարելու դեպքում, ապահովագրության պայմանագիրը չի համարվում ուժի մեջ մտած:
- 6.7. Պայմանագրով նախատեսված ժամկետում հերթական ապահովագրավճարը չվճարելու դեպքում Ապահովագրողն իրավունք ունի ապահովագրավճարի վճարված չլինելու փաստը հայտնաբերելու պահից եռամսյա ժամկետում միակողմանի լուծել Պայմանագիրը՝ այդ մասին Ապահովադրին ծանուցելով կամ կասեցնել դրա գործողությունը համապատասխան իրազեկմամբ՝ Ապահովադրին տրամադրելով ապահովագրավճարի վճարման լրացուցիչ ժամկետ՝ 10 օրացուցային օրվա չափով: Ծանուցմամբ սահմանված լրացուցիչ ժամկետի ընթացքում ապահովագրավճարը

չվճարելու դեպքում Ապահովագրողն իրավունք ունի միակողմանի լուծել Պայմանագիրը ապահովագրավճարի վճարման համար սահմանված ամսաթվից:

ԳԼՈՒԽ 7

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՊԱՅՄԱՆԱԳՐԻ ԿՆՔՈՒՄԸ, ԳՈՐԾՈՂՈՒԹՅԱՆ ԺԱՄԿԵՏԸ ԵՎ ՎԱՂԱԺԱՄԿԵՏ ԴԱԴԱՐԵՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

7.1. Պայմանագրի կնքման հիմք է հանդիսանում Ապահովադրի կողմից Ապահովագրողին ներկայացված սոցիալական փաթեթի հաշվի բացման վերաբերյալ պայմանագիրը՝ կնքված ՀՀ գործող բանկերից մեկի հետ և/կամ սոցիալական փաթեթի հաշվի մասին տեղեկանք՝ տրված սոցիալական փաթեթի հաշիվը բացած Բանկի կողմից:

7.2. Պայմանագրի կնքման պահին Ապահովադիրն Ապահովագրողին պետք է ներկայացնի նաև իր անձնագրի պատճեն:

7.3. Պայմանագիրը կարող է Ապահովագրված անձի կողմից օգտագործվել որպես անցագիր բժշկական հաստատություններում՝ Պայմանագրով սահմանված բժշկական և այլ ծառայություններ ստանալու համար:

7.4. Պայմանագիրն ուժի մեջ է մտնում կնքման օրվանից 15 օր հետո, սակայն Ապահովագրավճարի կամ դրա առաջին մասի վճարման պահից ոչ շուտ:

7.5. Պայմանագրի գործողությունը դադարում է Պայմանագրի «Պայմանագրի գործողության ժամկետ» դաշտում նշված ժամկետի լրանալու պահից:

7.6. Ապահովադրի նախաձեռնությամբ Պայմանագիրը վաղաժամկետ դադարեցվելու դեպքում Ապահովագրողն իրականացնում է ապահովագրավճարի մասնակի վերադարձ կամ չի վերադարձնում ապահովագրավճարները Ապահովադիրին՝ հետևյալ պայմաններով.

7.6.1. Եթե Ապահովադիրը պահանջել է Պայմանագրի վաղաժամկետ լուծում և Պայմանագրի գործողության ընթացքում գրանցվել է ապահովագրական պատահար, ապա Պայմանագրի լուծման կապակցությամբ Ապահովադրի վճարած ապահովագրավճարը ետ չի վերադարձվում, իսկ չվճարված մասը ենթակա է վճարման ամբողջությամբ:

7.6.2. Եթե Ապահովադիրը պահանջել է Պայմանագրի վաղաժամկետ լուծում և Պայմանագրի գործողության ընթացքում ապահովագրական պատահար չի գրանցվել, ապա Պայմանագրի լուծման կապակցությամբ Ապահովադրի վճարած ապահովագրավճարը ենթակա է վերադարձման Պայմանագրի չօգտագործված օրերին համամասնորեն՝ մասհանելով Ապահովագրավճարի 35 (երեսունհինգ) տոկոսի չափով գումար՝ Ապահովագրողի գործառնական ծախսերի դիմաց:

7.7. Պայմանագրի վաղաժամկետ դադարեցման իր ցանկության մասին Ապահովադիրը պարտավոր է այդ մասին ոչ պակաս քան 15 օր առաջ գրավոր ծանուցել Ապահովագրողին:

ԳԼՈՒԽ 8

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՅՏԵՐԻ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ ԳՈՐԾԸՆԹԱՑԸ

8.1. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՅՏԵՐԻ ՆԵՐԿԱՅԱՑՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

8.1.1. Ապահովադիրը կամ Ապահովագրված անձը պարտավոր է հեռախոսով կամ գրավոր, այդ թվում՝ էլեկտրոնային նամակով, ընկերությանը տեղյակ պահել ախտորոշում կամ բուժում պահանջող իր առողջական վիճակի մասին՝ 24 ժամվա ընթացքում կամ, հնարավորության դեպքում, անմիջապես՝ բացառությամբ շտապ և անհետաձգելի բուժօգնության դեպքերի՝ զանգահարելով Ապահովագրողի Կոորդինացիոն կենտրոնի շուրջօրյա հեռախոսահամարով:

Ապահովագրողի Կոորդինացիոն կենտրոնի հեռախոսահամարներն են՝

060 27 57 57 (շուրջօրյա)

Վերոնշյալ ժամկետում ապահովագրական պատահարի մասին Ապահովագրողին չտեղեկացնելու դեպքում Ապահովագրված անձը պարտավոր է գրավոր հիմնավորել դրա անհնարինության պատճառը: Ուշ տեղեկացումն ինքնին հիմք չի հանդիսանում հատուցման մերժման համար, բացառությամբ այն դեպքերի, եթե չապացուցվի, որ այդ մասին Ապահովագրողի մոտ տեղեկությունների բացակայությունը չէր կարող ազդել ապահովագրական հատուցում վճարելու նրա պարտականության վրա:

8.1.2. Ապահովագրողի կողողինացիոն կենտրոնի հետ կապ հաստատելիս Ապահովագրված անձը հաղորդում է իր անունը, ազգանունը և Պայմանագրի համարը:

8.1.3. Ապահովագրված անձը հաղորդում է ապահովագրական պատահարի մանրամասները և նշում, թե ինչպիսի բժշկական օգնության կարիք ունի:

8.1.4. Հնարավոր ապահովագրական պատահարի մասին տեղեկանալուց հետո, Կողողինացիոն կենտրոնի աշխատակիցը գրանցում է կատարում դեպքի մասին և ստացված տեղեկատվությունը փոխանցում բժիշկ-կողողինատորին/բժշկական խորհրդատուին, ով կարող է հանդիսանալ Ապահովագրողի հետ աջակցող համապատասխան բժշկական հաստատության աշխատակից:

8.1.5. Եթե դեպքը համապատասխանում է տրամադրված առողջության ապահովագրության ծածկույթին, ապա բժշկական խորհրդատու համաձայնեցնում է բժշկական հաստատության հետ տվյալ առողջական վիճակի համար անհրաժեշտ հետազոտությունները:

8.1.6. Հայտի վերաբերյալ բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը ստանալուց հետո 5 (հինգ) աշխատանքային օրվա ընթացքում Ապահովագրողը որոշում է ընդունում ապահովագրական հատուցման վերաբերյալ՝ համապատասխան որոշումը 3 (երեք) աշխատանքային օրվա ընթացքում պատշաճ կերպով ուղարկելով Ապահովագրին, Ապահովագրված անձին:

8.1.7. Ապահովագրական հատուցում ստանալու դիմումի կարգավորման համար ներկայացվելիք անհրաժեշտ փաստաթղթերն են.

8.1.7.1. Բժշկական փաստաթղթեր.

- Էպիկրիզ կամ քաղվածք ամբուլատոր-բժշկական քարտից կամ բժշկի խորհրդատվական եզրակացություն կամ բժշկական հաստատության կողմից տրված տեղեկանք, ընդ որում այս բոլոր փաստաթղթերը պետք է հաստատված լինեն համապատասխան բժշկական հաստատության կնիքով,
- պարակլինիկական հետազոտությունների պատասխանները (անհրաժեշտության դեպքում):

8.1.7.2. Ֆինանսական փաստաթղթեր.

- հաշիվ-ֆակտուրա և/կամ,
- ՀԴՄ կտրոն և/կամ,
- դրամարկղի մուտքի օրդերի անդորրագիր:

8.1.8. Ապահովագրական հատուցում ստանալու համար 8.1.7. կետով սահմանված բոլոր փաստաթղթերի հետ միասին Ապահովագրողին պետք է ներկայացվի ապահովագրական հատուցում ստանալու դիմում, ինչը կարող է արվել հեռախոսազանգի միջոցով կամ գրավոր, որի դեպքում հայտային դիմում-հայտարարության ձևաթուղթն Ապահովագրված անձին տրամադրվում է Ապահովագրողի Անձնական ապահովագրության հայտերի սպասարկման բաժնի կողմից:

8.1.9. Սույն Պայմանների 8.1.7. կետում նշված փաստաթղթերի ներկայացումը Ապահովագրողին անհրաժեշտ չէ, եթե Ապահովագրված անձը դիմել է Ապահովագրողի՝ ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու պահին համագործակցող բժշկական հաստատություններից որևէ մեկը և այդ մասին տեղեկացրել Ապահովագրողին:

8.1.10. Դեպքն ապահովագրական պատահար կարող է համարվել և այդ առթիվ որևէ մեկնաբանություն իրավասու է կատարել միայն Ապահովագրողը:

8.1.11. «ՄՖերա միջազգային բժշկություն» ծածկույթի շրջանակներում հայտ ներկայացնելու դեպքում՝

8.1.11.1. Ապահովագրված անձը պարտավոր է աշխատանքային օրերին տեղական ժամանակով 09:00-ից մինչև 21:00 ընկած ժամանակահատվածում, իսկ ոչ աշխատանքային օրերին 10:00-ից մինչև 16:00 ընկած ժամանակահատվածում զանգահարել 060 27 20 20 հեռախոսահամարով կամ մուտք գործել գործել www.reso.am կայք էջ և այնտեղ սեղմելով <<ՄՖերա միջազգային բժշկություն>> կոճակին, հետևել հրահանգներին և օգտվել տվյալ ծածկույթով նախատեսված իրեն անհրաժեշտ ծառայություններից,

8.1.11.2. Ապահովագրողի կողողինացիոն կենտրոնի հետ կապ հաստատելիս Ապահովագրված անձը հաղորդում է իր անունը, ազգանունը և Պայմանագրի համարը և զանգը փոխանցվում է Իսպանիա՝ ՄՖերա Ընկերության հայախոս մասնագետին, կամ հեռախոսազանգը ավտոմատ

կերպով փոխանցվում է տվյալ ծածկույթի շրջանակներում Ապահովագրողի հետ համագործակցող Ընկերության հայախոս մասնագետին,

8.1.11.3. Հնարավոր ապահովագրական պատահարի մասին տեղեկանալուց հետո, Համագործակցող Ընկերության Կորորդինացիոն կենտրոնի հայախոս մասնագետը գրանցում է կատարում դեպքի մասին և ստացված տեղեկատվությունը փոխանցում համապատասխան բժշկին:

8.1.11.4. Հայտի վերաբերյալ բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը ստանալուց հետո «Հարց բժշկին» ծառայությունից օգտվելու դեպքում՝ 3 (երեք) աշխատանքային օրվա ընթացքում, իսկ «Երկրորդ բժշկական կարծիք» ծառայությունից օգտվելու դեպքում 7 (յոթ) աշխատանքային օրվա ընթացքում բժիշկը/հայախոս մասնագետը հեռախոսով, գրավոր կամ էլ. հասցեով պատասխանում է Ապահովագրված անձին:

8.2. ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ՀԱՏՈՒԾՄԱՆ ՎՃԱՐՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

8.2.1. Ապահովագրական հատուցում՝ Ապահովագրական պատահարի տեղի ունենալու դեպքում Ապահովագրողի կողմից վճարվող գումար՝ համաձայն Պայմանագրի:

8.2.2. Եթե ապահովագրության պայմանագրում Ապահովագրավճարը և Ապահովագրական գումարը պակաս են մեկ ամբողջական դրույքի համար սահմանված չափից, ապա ապահովագրական հատուցման չափը որոշվում է մեկ դրույքի համար սահմանված Ապահովագրավճարի և Ապահովագրական գումարի համամասնությամբ:

8.2.3. Ապահովագրական հատուցման վճարումը կատարվում է դրամական ձևով՝ հատուցման վճարման վերաբերյալ դրական որոշման ընդունման պահից 5 (հինգ) աշխատանքային օրվա ընթացքում:

8.2.4. Ապահովագրական հատուցումը կարելի է իրականացնել կանխիկ, Ապահովագրված անձի բանկային հաշվին փոխանցելու ճանապարհով, կամ անմիջապես Ապահովագրված անձին բուժող հաստատությանը փոխանցելով:

ԳԼՈՒԽ 9

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԸՆԿԵՐՈՒԹՅԱՆ ՀԵՏԱԴԱՐՁ ՊԱՀԱՆՁԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔԸ

9.1. Ապահովագրական հատուցման վճարման դեպքում, վճարված հատուցման գումարի սահմաններում Ապահովագրողին է անցնում պահանջի իրավունքը, որն Ապահովագրված անձն ունի վնասը պատճառողի նկատմամբ (Սուբրոգացիա):

9.2. Ապահովագրված անձը պարտավոր է ապահովագրական հատուցում ստանալուց հետո Ապահովագրողին փոխանցել սուբրոգացիայի իրավունքի իրականացման համար անհրաժեշտ իր մոտ գտնվող բոլոր փաստաթղթերն ու ապացույցները և կատարել Ապահովագրողի կողմից սուբրոգացիայի իրավունքի իրացման համար անհրաժեշտ բոլոր ֆորմալ գործողությունները: Եթե պարզվի, որ Ապահովագրողի սուբրոգացիայի իրավունքի իրականացումն անհնարին է Ապահովագրված անձի մեղքով, ապա վերջինս պարտավոր կլինի Ապահովագրողին վերադարձնել ստացված հատուցումն՝ Ապահովագրողի կողմից այդպիսի պահանջ ներկայացվելուց հետո 5 աշխատանքային օրվա ընթացքում:

ԳԼՈՒԽ 10

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՈՂԻ, ԱՊԱՀՈՎԱԴՐԻ ԵՎ ԱՊԱՀՈՎԱԳՐՎԱԾ ԱՆՁԻ ԻՐԱՎՈՒՆՔՆԵՐՆ ՈՒ ՊԱՐՏԱՎՈՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

10.1. **Ապահովագրված անձն իրավունք ունի.**

10.1.1. Պայմանագրի պայմանների համաձայն պահանջել Ապահովագրողից բժշկական ծառայությունների կազմակերպում և/կամ վճարում,

10.1.2. Պայմանագրի գործողության ընթացքում դիմել Հայաստանի Հանրապետությունում և ԼՂՀ-ում գրանցված և լիցենզավորված բժշկական հաստատություն, մասնավորապես.

10.1.2.2. համաձայն տվյալ ծածկույթով սահմանված կարգի:

10.1.3. Պայմանագրի կորստի դեպքում՝ ստանալ դրա կրկնօրինակը:

10.2. Ապահովագրողի իրավունք ունի.

10.2.1. ստուգել Ապահովագրողի կամ Ապահովագրված անձի կողմից տրամադրված տվյալների և տեղեկությունների արժանահավատությունն իրեն հասանելի ցանկացած միջոցներով, որոնք չեն հակասում ՀՀ օրենսդրությանը,

10.2.2. մասնակցել ապահովագրական պատահարների քննությանը և կատարել Պայմանագրի գործողության ժամանակահատվածում դրա սպասարկման հետ կապված այլ աշխատանքներ,

10.2.3. ապահովագրական պատահարների հետ կապված տեղեկությունների վերաբերյալ հարցումներ անել իրավասու մարմիններին, բժշկական և այլ կազմակերպություններին ու հաստատություններին, որոնք տնօրինում են ապահովագրական պատահարի մասին տեղեկատվությանը, ինչպես նաև ինքնուրույն պարզել ապահովագրական պատահարի պատճառներն ու հանգամանքները,

10.2.4. հետաձգել ապահովագրական հատուցման վերաբերյալ որոշման կայացումը՝ մինչև ապահովագրական պատահարի մասին ամբողջական տեղեկատվության և այն հաստատող համապատասխան փաստաթղթերի ստացումը,

10.2.5. իրականացնել ապահովագրական հատուցման վճարման պահանջի կապակցությամբ առաջացած բոլոր միջոցառումների անցկացման վերահսկողություն, իսկ Ապահովագրողի համաձայնությամբ՝ նաև ղեկավարում,

10.2.6. Եթե Ապահովագրողի մոտ հիմնավոր կասկած է առաջանում այն մասին, որ ներկայացված հատուցման պահանջը կեղծ է, Պայմանագրի շրջանակներում հատուցում ստանալու համար խարդախորեն օգտագործվել են կեղծված միջոցներ կամ գործողություններ, Ապահովագրված անձը կամ նրա անունից գործող անձը թաքցրել է ապահովագրական պատահարին վերաբերող իրեն հայտնի էական փաստերը, տրամադրել է կեղծ կամ ապակողմնորոշող տեղեկություններ, ապա Ապահովագրողն իրավունք ունի, Ապահովագրողին նախապես այդ մասին գրավոր ծանուցելով, տվյալ դեպքով չվճարել ապահովագրական հատուցում, լուծել Պայմանագիրը և չվերադարձնել տվյալ Պայմանագրի գծով վճարված ապահովագրավճարը:

10.2.7. Դեպքը ապահովագրական պատահար չհամարել, եթե այն առաջացել է անհաղթահարելի ուժի հետևանքով, այդ թվում՝

- միջուկային պայթյուն, ճառագայթում, ռադիոակտիվ կամ քիմիական վարակ,
- ռազմական գործողություն,
- քաղաքացիական պատերազմ, հասարակական հուզումներ և այլն:

10.3. Ապահովադիրը/ Ապահովագրված անձը պարտավոր է.

10.3.1. տեղեկացնել Ապահովագրողին իր բանկային վավերապայմանների, հաշվառման հասցեի, կոնտակտային հեռախոսահամարների և ֆաքսի համարների փոփոխության մասին, ինչպես նաև իր կամ Պայմանագրով այլ Ապահովագրված անձանց անձնական տվյալների փոփոխությունների մասին՝ այդպիսի փոփոխությունների տեղի ունենալու պահից ոչ ուշ քան 10 օրյա ժամկետում:

10.3.2. գրավոր դիմումով, առձեռն առաքման, փոստային, ֆաքսիմիլային կապի միջոցով իրազեկել Ապահովագրողին բժշկական ծառայությունների չմատուցման, ոչ լրիվ կամ անորակ մատուցման դեպքերի մասին,

10.3.3. անվերապահորեն հետևել բժշկական ծառայությունների մատուցման ընթացքում բժշկի կողմից արված նշանակումներին և տրված ցուցումներին, ինչպես նաև բժշկական հաստատության կողմից սահմանված կարգուկանոնին,

10.3.4. չփոխանցել Պայմանագիրն այլ անձանց,

10.3.5. Պայմանագրի կորստի դեպքում անհապաղ գրավոր տեղեկացնել դրա մասին Ապահովագրողին,

10.3.6. ժամանակին չեղյալ համարել նախապես պայմանավորված այցը բժշկի մոտ,

10.3.7. Ապահովագրական պատահարի ի հայտ գալու դեպքում, դրա հետ կապված բժշկական սպասարկումը համաձայնեցնել Ապահովագրողի հետ՝ անկախ այն հանգամանքից, թե բժշկական սպասարկումը որ բժշկական հաստատության կողմից է իրականացվում:

10.3.8. Կրել սույն պայմաններով նախատեսված այլ պարտավորություններ:

10.3.9. «Սֆերա Միջազգային Բժշկություն» ծածկույթի <<Բուժման ֆիքսված և ապահովագրված արժեք>> հասանելիության շրջանակներում կրել արտասահմանում ախտորոշման և բուժման ծախսերը:

10.4. Ապահովագրողը պարտավոր է.

10.4.1. վերահսկել իր կողմից կազմակերպված բժշկական ծառայությունների մատուցման ծավալը, ժամկետները և որակը,

10.4.2. Ապահովագրված անձի համաձայնությամբ տեղափոխել վերջինիս այլ համարժեք բժշկական հաստատություն այն դեպքում, եթե նախապես ընտրված բժշկական հաստատությունը դադարեցնում է իր գործունեությունը: Ապահովագրված անձին այլ համարժեք բժշկական հաստատություն տեղափոխելու անհնարինության դեպքում, Ապահովագրողը, վերջինիս համաձայնությամբ Ապահովագրված անձին տեղափոխում է մեկ այլ բժշկական հաստատություն,

10.4.3. հայտնել Ապահովադրին/Ապահովագրված անձին իր բանկային վավերապայմանների, իրավաբանական և փաստացի գտնվելու վայրի, կոնտակտային հեռախոսահամարների և ֆաքսի համարների փոփոխության մասին՝ այդպիսի փոփոխությունների տեղի ունենալու պահից ոչ ուշ քան 10 օրյա ժամկետում,

10.4.4. բոլոր անհրաժեշտ փաստաթղթերը ստանալուց հետո 5 (հինգ) աշխատանքային օրվա ընթացքում կայացնել ապահովագրական հատուցման տրամադրման կամ մերժման վերաբերյալ որոշում և 3 (երեք) աշխատանքային օրվա ընթացքում այն տրամադրել Ապահովադրին, Ապահովագրված անձին: Հատուցման վճարման որոշման կայացման դեպքում՝ 5 (հինգ) աշխատանքային օրվա ընթացքում վճարել հատուցման գումարը, իսկ հատուցման մերժման որոշման դեպքում՝ ապահովել պատճառաբանված հիմնավորում:

10.4.5. չտրամադրել ապահովագրական հատուցում սույն Պայմանագրով նախատեսված բացառություն հանդիսացող դեպքերում:

ԳԼՈՒԽ 11

ԳԱՂՏՆԻՈՒԹՅՈՒՆԸ

11.1. Կողմերը գաղտնի են համարում հետևյալ տեղեկությունները.

11.1.1. Ապահովագրված անձի հիվանդությունների, ինչպես նաև նրա բժշկական օգնության դիմելու դեպքերի վերաբերյալ տեղեկությունները:

11.1.2. ՀՀ օրենսդրությամբ պաշտպանվող ցանկացած տիպի գաղտնիք պարունակող և Պայմանագրի կատարման կապակցությամբ կողմերին հայտնի դարձած տեղեկությունները:

11.1.3. Կողմերը կձեռնարկեն բոլոր անհրաժեշտ և բավարար միջոցները գաղտնի տեղեկատվության հրապարակումը կանխարգելելու համար:

ԳԼՈՒԽ 12

ԿՈՂՄԵՐԻ ՊԱՏԱՍԽԱՆԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՎԵՃԵՐԻ ԼՈՒԾՄԱՆ ԿԱՐԳԸ

12.1. Կողմերն ազատվում են պատասխանատվությունից Պայմանագրով ստանձնած պարտավորությունները մասնակի կամ լրիվ չկատարելու համար, եթե այն հետևանք է անհաղթահարելի ուժի, այսինքն՝ տվյալ պայմաններում արտակարգ և անկանխելի հանգամանքների (օրինակ՝ տարերային աղետներ, պետական իրավասու մարմինների կողմից այնպիսի որոշումների ընդունումը, որոնց կատարումը պարտադիր է կողմերի համար և դարձնում է անհնարին Պայմանագրով նախկինում ստանձնած պարտավորությունների կատարումը և այլն):

12.2. Պայմանագրի կատարման ժամանակ առաջացած բոլոր տարաձայնությունները կողմերը պետք է ձգտեն լուծել բանակցությունների միջոցով: Չկարգավորված վեճերը ենթակա են լուծման ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:

ԳԼՈՒԽ 13

ԼՐԱՑՈՒՑԻՉ ՊԱՅՄԱՆՆԵՐ

13.1. Բոլոր բժշկական փաստաթղթերը և տեղեկությունները, որոնք վերաբերում են ապահովագրական հատուցման պահանջի առարկային, պետք է հասանելի լինեն Ապահովագրողին կամ Ապահովագրողի անունից նշանակված ցանկացած բժշկական խորհրդատուի հարցման համար:

13.2. Ապահովագրողի կողմից սույն գլխում հիշատակված փաստաթղթերի և տեղեկությունների վարումը որևէ կերպ չպետք է խախտի Ապահովագրված անձի իրավունքները:

13.3. Բազային փաթեթի շրջանակներում բոլոր հատուցումներն իրականացվում են ապահովագրական ընկերությունների կողմից բուժհաստատություններին վճարումներ իրականացնելով, իսկ Ապահովադիրների (Ապահովագրված անձանց) կողմից արդեն իսկ իրականացրած վճարումների գծով՝ Ապահովադիրներին (Ապահովագրված անձանց): Հատուցման ենթակա դեպքերի համար չի թույլատրվում Ապահովադրից (Ապահովագրված անձից) գանձել որևէ վճար, բացառությամբ՝ ապահովագրական գումարի ամբողջական սպառումից հետո առաջացող պարտավորության դեպքերի կամ Ապահովադրի (Ապահովագրված անձի) կողմից հատուցվող դեպքի բազային երաշխավորված պայմաններից ավել պահանջներ ներկայացնելու դեպքերի (Օրինակ՝ ավելի թանկարժեք դեղով կամ թանկարժեք սարքավորումով, քան հիմնականում կիրառվում է նման դեպքերում, բուժման պահանջի ներկայացումը):

ԳԼՈՒԽ 14

ԵԶՐԱՓՈՒԿ ԴՐՈՒՑԹՆԵՐ

14.1. Ստորագրելով Վկայագիր/պայմանագիրը, որը նաև համարվում է Ապահովագրավճարի փոխանցման հաշիվ՝ Ապահովադիրը լիազորում է Ապահովագրողին (վերջինիս աշխատակցին) ՀՀ համապատասխան բանկ ներկայացնել փոխանցման հաշիվը՝ սույն Վկայագրով/պայմանագրով նախատեսված Ապահովագրավճարը սահմանված կարգով Ապահովագրողին փոխանցելու համար:

14.2. Պայմանագրով բոլոր դիմումները, տեղեկացումները և իրազեկումները պետք է կատարվեն կողմերի կողմից գրավոր և ուղղվեն միմյանց առձեռն առաքման, փոստային, ֆաքսիմիլային, էլեկտրոնային կամ կապի այլ միջոցով, բացառությամբ Պայմանագրով կամ Վկայագրով/պայմանագրով նախատեսված հատուկ դեպքերի:

14.3. Կողմերի միջև կնքված Պայմանագիրը, դրան կից բոլոր հավելվածը, կազմվում են ՀՀ օրենսդրությանը համապատասխան:

14.4. Պայմանագրի փոփոխությունները և/կամ լրացումները կատարվում են կողմերի գրավոր համաձայնությամբ:

14.5. Պայմանագիրը կազմվում և ստորագրվում է հայերեն լեզվով, երեք օրինակներից, որոնք ունեն հավասար իրավաբանական ուժ՝ մեկական օրինակ Ապահովադրի, Ապահովագրողի և Ապահովադրի Սոցիալական փաթեթի շահառուի հաշիվը սպասարկող բանկ համար:

14.6. Պայմանագիրը և կից հավելվածները հանդիսանում են Պայմանագրի առարկայի վերաբերյալ կնքված մեկ միասնական և ամբողջական համաձայնագիր:

14.7. Բոլոր այն հարցերը, որոնք սույն Պայմանագրով կարգավորված չեն, կարգավորվում են Վկայագրով/պայմանագրով և ՀՀ օրենսդրությամբ սահմանված կարգով:

ԱՊԱՀՈՎԱԳՐԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹ/ԾՐԱԳՐԵՐ

Բազային փաթեթի շրջանակներում համավճարային եղանակով իրականացվող՝ Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2013 թվականի սեպտեմբերի 20-ի N 53-Ն հրամանով հաստատված հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտությունների համավճարների փոխհատուցում:

1. «ԻՄ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԿԵՆՏՐՈՆ» ԾԱԾԿՈՒՅԹ

Ծածկույթը հնարավորություն է ընձեռում “ՌԵՍՈ” Ապահովագրական ընկերության տվյալ ծածկույթի շրջանակներում գործընկեր բժշկական կենտրոնում ստանալ բազային ծածկույթի մեջ չներառված ամբուլատոր բժշկական սպասարկում տվյալ բժշկական կենտրոնի բժշկական ծառայությունների հազվեցվածության սահմաններում:

2 ԴԵՂՈՐԱՅՔԱՅԻՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹ*

Ծածկույթի շրջանակներում շահառուին հնարավորություն է ընձեռվում ամբուլատոր բուժման ընթացքում բժշկի կողմից նշանակված դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների արժեքի փոխհատուցում:

3.ԱՏԱՄՆԱԲՈՒԺԱԿԱՆ ԾԱԾԿՈՒՅԹ*

Ատամնաբուժական ծածկույթի շրջանակներում հնարավորություն է ընձեռվում ապահովագրական տարվա ընթացքում ՀՀ ցանկացած լիցենզավորված ատամնաբուժական կենտրոնում բուժել նախապես առկա ոչ առողջ և ապահովագրական տարվա ընթացքում վնասված ատամները հետևյալ ծավալով՝

ստոմատոլոգիական ծառայություններ (թերապևտիկ և վիրաբուժական)՝

ա. ատամի կարիեսի և (կամ) նրա բարդությունների բուժում, այդ թվում՝ պլոմբա-

վորումը լուսակարծրացող ստանդարտ պլոմբանյութով,

բ. ատամնաքարերի մաքրում (տարեկան ոչ ավելի, քան մեկ անգամ),

գ. ատամի հեռացում՝ ըստ ցուցումների,

դ. սուր ատամնացավով և թարախային պրոցեսով ուղեկցված բարդությունների

բուժում:

ե. այլ ատամնաբուժական ծառայություններ

*Դեղորայքի և ատամնաբուժական ծածկույթների համար Ապահովագրված անձի կողմից բժշկական և ֆինանսական փաստաթղթերը ներկայացնելուց հետո Ապահովագրական տարվա ընթացքում Ապահովագրողի կողմից հատուցում է ընդհանուր ոչ ավել, քան 30,000 ՀՀ դրամ, եթե Ապահովագրված անձի ապահովագրավճարը սահմանված է համաձայն Պայմանների 6.2. կետի, իսկ մնացած դեպքերում համաձայն սույն Պայմանների 8.2.2. կետի:

ԲԱՑԱՌՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

Սոցիալական փաթեթի շահառուի Առողջության ապահովագրության փաթեթի շրջանակներում փոխհատուցման ենթակա չեն՝

1) առանց բժշկական ցուցումների իրականացվող արտահիվանդանոցային բժշկական օգնությունը և ծառայությունները (բացառությամբ տարեկան կանխարգելիչ բժշկական քննության), ինչպես նաև դրա ընթացքում օգտագործված դեղերի և բժշկական նշանակության ապրանքների արժեքը.

2) տուբերկուլյոզի, հոգեկան և թմրաբանական հիվանդությունների, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների, նախագորակոչային և գորակոչային տարիքի անձանց հիվանդանոցային փորձաքննության, ուռուցքաբանական հիվանդությունների քիմիաթերապևտիկ, վերականգնողական (այդ թվում՝ առողջարանային), երիկամային քրոնիկ անբավարարության դեպքում կատարվող հեմոդիալիզի, մանկաբարձական (ծննդօգնություն և հղիության ախտաբանություն), ՄԻԱՎ/ՁԻԱՀ-ի բժշկական օգնության և սպասարկման ծառայությունները.

3) ֆիզիոթերապևտիկ միջոցառումները և բուժումը.

4) ռեպրոդուկտիվ (վերարտադրողական) ֆունկցիայի և էրեկտիլ դիսֆունկցիայի (իմպոտենցիա) հետ կապված հետազոտությունները և բուժումը, դիսմենորեան, հակաբեղմնավորիչ կոնսերվատիվ միջամտությունները, այդ թվում՝ ներարգանդային պարույրի (ՆԱՊ) տեղադրումը և հեռացումը, այլ հակաբեղմնավորիչ միջոցները.

5) ստացիոնար բուժում

6) պրոթեզները, էնդոպրոթեզները, բժշկական սարքավորումները, իմպլանտները, տեսողական և լսողական սարքերը, ինչպես նաև այլ կարգավորիչ բժշկական հարմարանքները:

7) հետևյալ հիվանդությունների բուժմանը՝ քրոնիկ հիվանդություններ, որոնք պահանջում են մշտական ոչ վիրահատական, պահպանողական բուժում և դինամիկ հսկողություն (բացառությամբ դրանց՝ կյանքին վտանգ սպառնացող անհետաձգելի հիվանդանոցային բուժում պահանջող սրացումների և բարդությունների), այդ թվում՝ բնածին անոմալիաներ, զարգացման արատներ և այլ անատոմիական առանձնահատկություններ, մանկական ուղեղային կաթված, պարբերական հիվանդություն, էպիլեպսիա, շաքարային դիաբետ, թոքերի էմֆիզեմա, պնևմոսկլերոզ, ողնաշարի միջողային սկավառակների ախտահարումներ, ողնաշարի դեգեներատիվ դիստրոֆիկ փոփոխություններ, օստեոխոնդրոզ, աուտոիմուն և շարակցական հյուսվածքի համակարգային հիվանդություններ, լյարդային անբավարարություն, քրոնիկական վիրուսակրություն (այդ թվում՝ վիրուսային հեպատիտները), քրոնիկական բացիլակրություն, քրոնիկական պարազիտակրություն:

4. «ՍՖԵՐԱ ՄԻԶԱԶԳԱՅԻՆ ԲԺՇԿՈՒԹՅՈՒՆ» ԾԱԾԿՈՒՅԹ

Փաթեթը ներառում է.

1) **«Հարց բժշկին» ծառայություն`**

- Հեռահար կապի միջոցներով Ապահովագրված անձանց առողջական վիճակի վերաբերյալ անսահմանափակ քանակությամբ բժշկական խորհրդատվությունների տրամադրում և կողմնորոշում, այդ թվում(տարբեր պայթյունների,ախտորոշման թեստերի, հիվանդության պրոֆիլակտիկայի, ախտորոշման, բուժման մեթոդների, բժշկական եզրակացությունների և լաբորատոր հետազոտությունների վերծանում, հետազոտությունների նախապատրաստման և բժշկական միջամտությունների կոնսուլտացիա,հարցեր կապված հղիության, պատվաստումների, մանկաբուժության, պլաստիկ վիրահատությունների և այլնի հետ), բացառությամբ անհապաղ միջամտության կարիք ունեցող դեպքերի:

Սույն Ծառայությունը մատուցվում է տվյալ ծածկույթի շրջանակներում Ապահովագրողի հետ համագործակցող կազմակերպության համապատասխան որակավորում ունեցող բժշկի կողմից` հայերեն լեզվով կազմված եզրակացության տեսքով:

2) **«Երկրորդ բժշկական կարծիք » ծառայություն`**

- Նեոառում է ցանկացած հիվանդության վերաբերյալ երկրորդ բժշկական կարծիքի տրամադրում, որով Ապահովագրված անձն արդեն ունի բժշկի առաջնային եզրակացություն/ախտորոշում: Ընդ որում, յուրաքանչյուր հիվանդության դեպքում ընձեռվում է մեկ կարծիքի տրամադրում: Հիվանդությունների շարքին են դասվում նաև` ուռուցքաբանություն, ՁԻԱՀ, լյարդի ցիրոզ, հեպատիտ, սրտամկանի ինֆարկտ, ուղեղի կաթված, օրգանների փոխպատվաստում, վերջույթների ռեպլանտացիա, սինդրոմներ և բնածին զարգացման արատներ , սուր և քրոնիկ երիկամային անբավարարություն և այլն:

Սույն ծառայությունը մատուցվում է տվյալ ոլորտում միջազգային լիցենզիա ունեցող տարբեր ուղղվածության բժիշկ մասնագետների կողմից:

- Անհատական բժշկական եզրակացությունը խորհուրդներով հանդերձ տրվում է Ապահովագրված անձին հայերեն և/կամ ցանկացած այլ լեզվով` հեռախոսային կամ ինտերնետային կապի միջոցով:
- «Երկրորդ բժշկական կարծիք» ծառայությունը մատուցվում է Պայմանագրի ուժի մեջ մտնելուց 30 օր սպասման ժամկետը լրանալուց հետո:

3) **«Բուժման ֆիքսված և ապահովագրված արժեք» հասանելիություն`**

- Արտոնյալ սակագներով բուժման կազմակերպում (առանց դրա համար Ապահովագրողի կողմից վճարում կատարելու)Եվրոպական, Հարավային Ամերիկայի, Իսրայելի և առաջարկվող այլ առաջատար բժշկական կենտրոններում (այդ թվում` Իսպանիա, Ավստրիա, Գերմանիա, Շվեյցարիա, Իտալիա, Բրազիլիա) ֆիքսված արժեքով, ապահովագրված հնարավոր բարձրացումից` մինչև ֆիքսված արժեքի եռապատիկը գերազանցելը, (օրինակ` բարդություններ առաջանալու, բուժման ընթացքի փոփոխության կամ ստացիոնարում գտնվելու ժամկետի երկարաձգման դեպքում բժշկական հաստատության կողմից տրված նախահաշվարկը փոփոխման ենթակա չէ`միչև դրա եռապատիկը գերազանցելը):

Ընդ որում, բուժման ծախսերը վճարվում են Ապահովագրված անձի կողմից:

4) **«Սպասարկման ծառայություններին» հասանելիություն`**

Այն տրամադրվում է Ապահովագրված անձին «Բուժման ֆիքսված և ապահովագրված արժեք» ծառայությունից օգտվելու դեպքում` ծառայությունը մատուցող երկրի տարածքում.

4.1. օդանավակայան-հյուրանոց-օդանավակայան փոխադրում,

- 4.2. Բջջային հետախուսի ժամանակավոր օգտագործման տրամադրում՝ ստացիոնարում բուժման կուրսի ստացման ընթացքում,
- 4.3. Ապահովագրված անձի բժշկական կենտրոնի այցելության կազմակերպում և տեղափոխում հյուրանոց,
- 4.4. Կցված ուղեկցորդ -օգնական հիվանդանոցում:

5. ԲՈՆՈՒՍ

Սույնով Ապահովագրված անձին տրամադրվում է հետևյալ հավելյալ ծառայությունները.

- 1. Ապահովագրված անձին հնարավորություն է ընձեռվում օգտվել հետևյալ ծառայություններից.
 - 1.1. Assistance խորհրդատվական ծառայություններ. Զանգահարելով «ՌԵՍՈ» Ապահովագրական ընկերության կոորդինացիոն կենտրոն՝ Ապահովադիրը հնարավորություն կստանա ծանոթանալ սոցիալական փաթեթի Առողջության ապահովագրությունից օգտվելու ընթացակարգին, ինչպես նաև անհրաժեշտ բժշկական ուղղորդումներ,
 - 1.2. “ՌԵՍՈ” Ապահովագրական ընկերության տվյալ ծածկույթի շրջանակներում գործընկեր բժշկական կենտրոնում ստանալ այն արտահիվանդանոցային բժշկական հետազոտությունները, որոնց հաջորդելու են Ապահովադրի սոցիալական փաթեթի շրջանակներում իրականացվող ստացիոնար օգնությունը,
 - 1.3. Ախտորոշման վիճահարույց դեպքերում այլ նեղ մասնագիտացված բժիշկների կողմից երկրորդ կարծիքի ընձեռում՝ Ապահովագրողի՝ տվյալ ծածկույթի շրջանակներում գործընկեր բժշկական կենտրոնում: