

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

Piedāvājums

Datums: 21.10.2016

Apdrošinājumaņēmējs:

 Nosaukums: **LATVIJAS ZEMNIEKU FEDERĀCIJA**

Reģ. Nr.: 40008028935

Apdrošināšanas nosacījumi:

Apdrošināšanas līguma darbības

vieta: Latvija

Apdrošināšanas līguma darbības laiks: 24 stundas diennaktī

Apdrošināšanas periods: 1 gads

PAMATPROGRAMMA
Piedāvājums sagatavots, ņemot vērā, ka apdrošināšanas prēmiju maksā:
 uzņēmums 100% apmērā

Programma	Veselības apdrošināšanas programmas veids	Apdrošinājuma summa (EUR)	Gada apdrošināšanas prēmija vienai personai (EUR)
Pamatprogramma	Ambulatorā un stacionārā aprūpe 3000 EUR t.sk. maksas ģimenes ārsts, speciālisti 22 EUR /atk. 22 EUR. Prof.-docenti konsult. 30 EUR/atk.22 EUR. Papildus 2x periodā dermatologa konsult. 2x periodā fizik. terap. ārsta, fizioterapeita konsultācijas. Jebkura vakcinācija, limits 45 EUR. OVP*- limits 45 EUR. Fizikālās terap. procedūras 10 procedūras apdrošināšanas periodā līdz 7 EUR par procedūru. Grūtnieču aprūpe. MS** 700 EUR apdrošināšanas period. MSR*** 100%, limits 200 EUR.	3 000,-	193,-
	Ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi, limits 90.00, - EUR t.i. 10x periodā līdz 9.00 par reizi.		

* - obligātās veselības pārbaudes

** - maksas stacionārs

*** - maksas stacionārā rehabilitācija

Programma	Veselības apdrošināšanas programmas veids	Apdrošinājuma summa (EUR)	Gada apdrošināšanas prēmija vienai personai (EUR)
Papildprogramma	Medikamenti (50%, 175 EUR)	175,-	34,-
Papildprogramma	Zobārstniecība, t.sk. zobu higiēna (50%, limits 150 EUR)	150,-	59,-

Prēmijas aprēķina piemērs(1 personai):
Pamatprogramma + ambulatorā rehabilitācija = 193 EUR
Pamatprogramma + ambulatorā rehabilitācija + Medikamenti (175 eur) = 193 + 34 = 226 EUR
Pamatprogramma + ambulatorā rehabilitācija + Zobārstniecība (150 eur) = 193 + 59 = 252 EUR
Pamatprog. + amb. rehabilitācija + Med. (175 eur) + Zobārstn. (150 eur) = 193 + 34 + 59 = 286 EUR

Papildu noteikumi:

1. Piedāvājums spēkā pie nosacījuma, ka Apdrošināto ģimenes locekļu apdrošināšanas aizsardzība nepārsniedz paša darbinieka apdrošināšanas aizsardzību un ģimenes locekļu skaits nepārsniedz 20% no kopējā Apdrošināto skaita.
2. Papildprogrammas ir iespējams iegādāties tikai kopā ar izvēlēto pamatprogrammu.
3. Ja piedāvājumā ir norādīts, tad 30 kalendāro dienu laikā no apdrošināšanas līguma noslēgšanas visiem Apdrošinātajiem ir iespēja iegādāties plašāku apdrošināšanas aizsardzību, samaksājot apdrošināšanas prēmiju no personīgiem līdzekļiem vienā maksājumā. Papildu iegādātā apdrošināšanas aizsardzība ir spēkā līdz apdrošināšanas līguma termiņa beigām.
4. Piedāvājums attiecas uz Apdrošinājuma ņēmēja darbiniekiem un viņu ģimenes locekļiem. Par Apdrošinājuma ņēmēja darbinieku tiek uzskatīta tikai darba tiesiskajās vai civildienesta tiesiskajās attiecībās esoša persona, kā arī valdes un padomes locekļi. *Par darbinieka ģimenes locekli tiek uzskatīts (laulātais, dzīves partneris (arī neregistrētās partnerattiecībās) bērni, audžubērni un vecāki). Identiska programmas kombinācija, ar kādu tiek apdrošināts pats darbinieks. Radnieku pievienošana 1 (viena) mēneša laikā no Līguma stāšanās brīža.* Lai noteiktu prēmiju par ģimenes locekļa apdrošināšanu pamatprogrammām un papildprogrammai „Medikamenti” darbiniekam noteiktā apdrošināšanas prēmija ir jāpareizina ar koeficientu 1,5 (personām virs 60 gadiem – ar 1,7).
5. Izvēloties **Visas ārstniecības iestādes**, BTA apmaksās pakalpojumus, kas saņemti visās ārstniecības, sporta un optikas izstrādājumu iegādes iestādēs, aptiekās, izņemot atsevišķās ārstniecības iestādēs (publicētas BTA mājas lapā www.bta.lv), kuru sniegtos pakalpojumus Apdrošinātajiem BTA neapmaksās.

Piedāvājuma neatņemamas sastāvdaļas ir:

- Veselības apdrošināšanas programmu apraksti
- Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr.3.2.
- Papildu noteikumi

Apdrošinātāja kontaktpersona:

Olga Kaņepa

Mob.: +371 20471262

Fakss: +371 67320272

e-pasts: olga.kanepa@eurorisk.lv

A4 PROGRAMMA – AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ APRŪPE ĀRSTNICĪBAS IESTĀDĒ

A4 pamatprogrammas ietvaros BTA apmaksā izdevumus ambulatorai un stacionārai aprūpei ar apdrošinājuma summu **3 000 EUR**.

BTA apmaksā:

PACIENTA IEMAKSU

AMBULATORO APRŪPI:

Pacienta iemaksu 100% apmērā atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem ambulatorā ārstniecības iestādē:

- par ģimenes ārsta ambulatoru apmeklējumu;
- par ārsta speciālista ambulatoru apmeklējumu;
- par ģimenes ārsta mājas vizīti;
- par ambulatori veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām.

STACIONĀRO APRŪPI:

Pacienta iemaksu 100% apmērā atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem stacionārā ārstniecības iestādē (stacionēšanās reižu skaits nav ierobežots):

- par ārstēšanos dienas stacionārā;
- par ārstēšanos diennakts stacionārā;
- par dienas stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām;
- par diennakts stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem;
- par pacienta līdzmaksājumu atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem, saņemot stacionāros pakalpojumus, par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām;
- par rehabilitāciju rehabilitācijas centros ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nosūtījumu spēkā esošajos MK noteikumos noteiktajā kārtībā.

MAKSAS PAKALPOJUMUS

AMBULATOROS MAKSAS PAKALPOJUMUS:

Bez ārstniecības personas nozīmējuma:

- maksas ģimenes ārsta, maksas internista (terapeita) konsultācijas;
- ārstu-speciālistu t.sk. profesoru, docentu un augstākās kvalifikācijas speciālistu – medicīnas doktoru un nodaļas vadītāju konsultācijas;
 - 2 (divas) dermatologa konsultācijas un vizītes laikā veiktie izmeklējumi līdz 22.00/atk. 22.00 EUR apdrošināšanas periodā (apmaksā saskaņā ar iesniegtajiem maksājuma dokumentiem);
 - 2 (divas) fizikālās terapijas ārsta, fizioterapeita konsultācijas līdz 22.00/atk. 22.00 EUR apdrošināšanas periodā (apmaksā saskaņā ar iesniegtajiem maksājuma dokumentiem);
- obligātās darbinieku veselības pārbaudes darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā un "sanitārās grāmatiņas" noformēšana, atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem vienu reizi apdrošināšanas periodā, limits 45.00 EUR;
- veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai: autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai;
 - jebkura vakcinācija, limits 45.00 EUR (apmaksā saskaņā ar iesniegtajiem maksājuma dokumentiem);
- mājas vizītes un to laikā sniegtos medicīniskos pakalpojumus, t.sk. transporta pakalpojumus.

Ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmējumu:

- ārstnieciskās manipulācijas (bez medikamentu vērtības), piemēram: injekcijas, infūzijas, blokādes, brūču apstrāde, pārsiešanas, incīzijas, punkcijas;
- plaša spektra laboratoriskos izmeklējumus;
- plaša spektra instrumentālos izmeklējumus ar jaunākās tehnoloģijas izmantošanu (t.sk. redzes pārbaude pie optometrista optikas izstrādājumu iegādes vietās).
- fizikālās terapijas procedūras (elektroforēze, transkutāna elektroneirostimulācija, diadinamiskās strāvas, didinamoforēze, sinusoidāli modulētās strāvas un forēze, interferences strāvas un forēze, elektrostimulācija, fluktorizācija, fluktuoforēze, diatermija, induktotermija, induktoelektroforēze, ultrāsviļņi, centimetru viļņi, milimetru viļņi, mikrostrāvu terapija, magnetoterapija ar mainīgu magnētisko lauku, magnetoterapija ar pastāvīgu magnētisko lauku, fonoforēze, elektroaerosoli, haloterapija, tubuss-kvarcs, siltuma un peloīdu terapija - ar dūņām, ar ozokerītu, ar parafīnu, ar māliem, ar smiltīm, ar siltuma paketēm, bankas, ultraskaņa, amplipulss) – 10 procedūras apdrošināšanas periodā līdz 7.00 EUR par reizi (apmaksā saskaņā ar iesniegtajiem maksājuma dokumentiem);

MAKSAS PAKALPOJUMUS, kas saistīti ar GRŪTNICĪBAS APRŪPI

Maksas pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības aprūpi:

- ārsta vizīti saistībā ar grūtniecības iestāšanos;
- ārsta – ginekologa konsultācijas;
- vecmātes konsultācijas;
- laboratoriskos izmeklējumus;
- instrumentālos izmeklējumus: ar grūtniecību saistīta ultrasonogrāfija 4 reizes apdrošināšanas periodā;
- ārstnieciskās manipulācijas: injekcijas, infūzijas;
- uzturēšanos stacionārā.

STACIONĀROS MAKSAS PAKALPOJUMUS:

Maksas pakalpojumus diennakts un dienas stacionārā ar Limitu 700 EUR apdrošināšanas periodā:

- uzturēšanās stacionārā;
- ārstu konsultācijas;

- diagnostiskos, laboratoriskos un instrumentālos izmeklējumus;
- operācijas;
- ārstēšanos paaugstināta servisa apstākļos 10 dienas, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde.

STACIONĀRĀS REHABILITĀCIJAS MAKSAS PAKALPOJUMUS (Limits 200 EUR):

maksas stacionāro rehabilitāciju pēc smagām operācijām, saslimšanām, traumām, t.i., pēc infarkta, insulta, lielo stobra kaulu, galvaskausa, mugurkaula lūzumiem, vitāli svarīgu orgānu rezekcijām, sirds operācijām, 100% apmērā 60 dienu laikā pēc izrakstīšanās no stacionāra ar ārstējošā ārsta nosūtījumu, iepriekš saskaņojot ar BTA.

VALSTS NEATLIEKAMO MEDICĪNISKO PALĪDZĪBU

BTA neapmaksā:

- Veselības apdrošināšanas noteikumu Nr.3.2. 4.punktā (pieejami ww.bta.lv sadaļā "Veselības apdrošināšana") minētos izdevumus, izņemot izdevumus par vienu psihoterapeita konsultāciju (līdz 22.00 EUR apmērā) apdrošināšanas periodā;
- § testus uz alergēniem, imūndiagnostiku (antivielu noteikšana), izņemot onkoloģiskos marķierus: PSA, CA 125, CA 19-9, CA 15-3;
- ambulatoro rehabilitāciju (izņemot fizikālās terapijas procedūras); privāto neatliekamo medicīnisko palīdzību.

Papildu nosacījumi

Apmaksa par BTA līgumiestādēs saņemtiem pakalpojumiem notiek saskaņā ar A4 programmas cenrādi. Ja ārstniecības iestādes cena pārsniedz BTA programmas A4 cenrādī noteikto, cenas starpību Apdrošinātais apmaksā no personīgiem līdzekļiem. Cenrādis var tikt papildināts ar pakalpojumiem un to izcenojumiem, mainoties līgumiestāžu pakalpojumu klāstam. Pakalpojumi, kuri nav iekļauti līgumiestādes apmaksājamo pakalpojumu sarakstā, Apdrošinātajam ir jāapmaksā no personīgiem līdzekļiem, un BTA kompensē Apdrošinātā izdevumus, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem ar detalizētu izdevumu atšifrējumu, atbilstoši programmas nosacījumiem.

Apmaksa par BTA nelīgumiestādēs saņemtiem pakalpojumiem notiek saskaņā ar A4 (Extra Plus) programmas cenrādi.

Obligātās veselības pārbaudēm un "sanitārās grāmatīņas" noformēšanai, BTA rekomendējamās ārstniecības iestādes publicētas Apdrošinātāja mājas lapā internetā <http://www.bta.lv>. Minētos izdevumus BTA kompensē pamatojoties arī uz Apdrošinātāja izsniegtu garantijas vēstuli. Rentģenoloģisko izmeklējumu saistībā ar OVP un "sanitāro grāmatīņu" Apdrošinātājs apmaksā vienu reizi apdrošināšanas periodā, saskaņā ar polises nosacījumiem.

Izdevumus par maksas stacionāro pakalpojumiem BTA kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem vai uz Apdrošinātāja izsniegtu garantijas vēstuli. Lai saņemtu minēto izdevumu kompensāciju, Apdrošinātajam ir jāiesniedz BTA izraksts no stacionāra.

Maksas grūtniecības pakalpojumi Apdrošinātajam ir jāapmaksā no personīgiem līdzekļiem. BTA kompensē Apdrošinātā izdevumus par faktiskajā grūtniecības periodā saņemtajiem maksas grūtniecības pakalpojumiem, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem ar detalizētu izdevumu atšifrējumu. Lai saņemtu minēto izdevumu kompensāciju, Apdrošinātajam ir jāuzrāda Mātes pase.

Stacionārās rehabilitācijas pakalpojumi BTA apmaksā saskaņā ar programmas nosacījumiem un noslēgtā apdrošināšanas līguma noteikumiem šādā kārtībā:

- Ja Apdrošinātais vēlas, lai BTA norēķinās ar rehabilitācijas centru (sanatoriju), tad Apdrošinātais par to informē BTA pirms rehabilitācijas pakalpojumu saņemšanas un BTA izsniedz garantijas vēstuli rehabilitācijas centram (sanatorijai) par rehabilitācijas pakalpojumu apmaksu;
- Apdrošinātais norēķinās ar personīgajiem līdzekļiem un izdevumi par rehabilitācijas pakalpojumiem rehabilitācijas centrā (sanatorijā) tiek segti, pamatojoties uz Apdrošinātā iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem un pievienoto izrakstu no rehabilitācijas centra (sanatorijas).

Par valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem. Minētos izdevumus BTA kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem saskaņā ar cenrādi.

Medicīniskos pakalpojumus, kuriem atbilstoši programmas aprakstam nepieciešams ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmējums, BTA apmaksā, ja pakalpojums ir saņemts ne vēlāk kā 90 dienas no nozīmējuma izrakstīšanas dienas.

A4 Programmas cenrādis medicīniskajiem maksas pakalpojumiem

Medicīniskā pakalpojuma nosaukums	EUR
ĀRSTU KONSULTĀCIJAS	
Pirmreizēja maksas konsultācija pie ģimenes ārsta	līdz 22.00
Atkārtota maksas konsultācija pie ģimenes ārsta mēneša laikā	līdz 22.00
Pirmreizēja konsultācija pie profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista	līdz 30.00
Atkārtota konsultācija pie profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista mēneša laikā	līdz 22.00
Pirmreizēja konsultācija pie ārsta - speciālista	līdz 22.00
Atkārtota konsultācija pie ārsta - speciālista mēneša laikā	līdz 22.00
Mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi t.sk. transporta pakalpojumi	līdz 22.00
Valsts Neatliekamā medicīniskā palīdzība	līdz 22.00
INSTRUMENTĀLIE IZMEKLĒJUMI UN DIAGNOSTIKA	
Elektrokardiogramma	līdz 7.50

EKG diennakts (Holtera) monitorings	līdz 21.50
Ehokardiogrāfija	līdz 14.50
Ehokardiogrāfija ar visiem hemodinamikas rādītājiem un visiem doplerizmeklējumiem	līdz 21.50
Transezofageālie elektrofizioloģiskie izmeklējumi (TEEFI)	līdz 21.50
Ultrasonogrāfija	līdz 11.50
Ultrasonogrāfija vai doplerogrāfija asinsvadiem	līdz 14.50
Ehoencefalogrāfija	līdz 21.50
Kompjūterizēta encefalogrāfija	līdz 28.50
Neirogrāfija, elektromiogrāfija	līdz 36.00
Citi neirofizioloģiskie un funkcionālie izmeklējumi	līdz 7.50
Rentgenoloģiskais izmeklējums (1 vai 2 projekcijās, 1 ķermeņa daļai)	līdz 14.50
Mammogrāfija	līdz 14.50
Osteodensitometrija	līdz 21.50
Žultspūsļa un pankreas vadu kontrastizmeklēšana	līdz 28.50
Urīntrakta kontrastizmeklēšana	līdz 28.50
Redzes pārbaude	līdz 21.50
Citi diagnostiskie izmeklējumi	līdz 7.50
Dārgās diagnostiskās tehnoloģijas t.sk. anestēzija un sedācija	
Elptests gastroenteroloģijā	līdz 21.50
Sigmoidoskopija	līdz 43.00
Rektoskopija	līdz 43.00
Kolonoskopija (resnās zarnas izmeklēšana)	līdz 43.00
Fibrogastroskopija u.c. endoskopiskie izmeklējumi	līdz 28.50
Scintigrāfiskie izmeklējumi	līdz 36.00
Skaitļotājtomogrāfiskie izmeklējumi ar un bez kontrastvielas	līdz 43.00
Magnētiskās rezonanses izmeklējumi bez kontrastvielas	līdz 57.00
Magnētiskās rezonanses izmeklējumi ar kontrastvielu	līdz 64.50
LABORATORISKIE IZMEKLĒJUMI	100%
MANIPULĀCIJAS UN PROCEDŪRAS	
Injekcijas – intramuskulārās, zemādas u.c.	līdz 2.50
Injekcija – intravenozā	līdz 4.50
Infūzija vēnā	līdz 7.50
Blokāde (periartikulāra, intraartikulāra, paraverebrāla u.c.)	līdz 10.00
Epidurālā blokāde	līdz 21.50
Punkcija	līdz 7.50
Biopsija histoloģiskai izmeklēšanai	līdz 14.50
Brūces apstrāde un pārsiešana	līdz 11.50
Naga ablācija vai saknes rezekcija	līdz 14.50
Ekscīzija, incīzija (furunkula, abscesa, hematoma)	līdz 7.50
Izmežģījuma, lūzuma repozīcija	līdz 7.50
Citas ārstnieciskās manipulācijas	līdz 7.50
Fizikālā terapija - viena procedūra	līdz 7.00
JEBKURA VAKCINĀCIJA	limits 45.00 EUR
MEDICĪNISKĀS KOMISIJAS	
Ar darba specifiku saistītā obligātā veselības pārbaude un "sanitārās grāmatīņas" noformēšana	limits 45.00 EUR
Veselības pārbaude medicīniskās dokumentācijas noformēšanai	apdrošinājuma summas ietvaros
MAKSAS STACIONĀRS	Norādītā limita ietvaros
Paaugstināta servisa palāta stacionārā dienā	līdz 21.50
Gultas diena maksas dienas stacionārā	līdz 21.50
Gultas diena maksas diennakts stacionārā	līdz 43.00
Maksas operācija	Saskaņā ar programmas nosacījumiem
MAKSAS grūtnieču aprūpes pakalpojumi	norādītā Limita ietvaros
Grūtniecības ultrasonogrāfija	līdz 21.50
Vecmātes konsultācija	līdz 14.50

AR PROGRAMMA AMBULATORA REHABILITACIJA

AR papildprogrammas ietvaros BTA apmaksā izdevumus par ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumiem, kas saņemti ambulatorā ārstniecības iestādē atbilstoši apdrošinājuma summai.

Programmas kods	Apdrošinājuma summa
AR4	90 EUR

BTA apmaksā:

Ar ģimenes ārsta vai ar ārstējošā ārsta nozīmējumu – viens kurss (līdz 10 reizēm līdz 9.00 EUR par reizi).

Ambulatorās rehabilitācijas veids:

- ārstniecisko masāžu;
- manuālo terapiju;
- ūdens procedūras (zemūdens masāža, dušas: vēdekļa, cirkulārā, ascendējošā, Šarko un skotu duša);
- ārstniecisko vingrošanu grupās vai individuāli, t.sk. grūtnieču vingrošanu;
- slinga terapiju;
- teipu uzlikšanu;
- vienu fizioterapeita vai rehabilitologa jeb fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultāciju apdrošināšanas periodā.

BTA neapmaksā:

Veselības apdrošināšanas noteikumu Nr.3.2. 4.punktā minētos izdevumus (pieejami www.bta.lv sadaļā "Veselības apdrošināšana"), izņemot izdevumus par vienu fizioterapeita konsultāciju vai rehabilitologa jeb fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultāciju apdrošināšanas periodā.

Papildu nosacījumi:

Par ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumiem Apdrošinātajam ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem. Minētos izdevumus BTA kompensē pamatojoties uz iesniegtiem personificētiem maksājuma dokumentiem ar detalizētu izdevumu atšifrējumu un ārsta nosūtījumu.

Medicīniskos pakalpojumus, kuriem atbilstoši programmas aprakstam nepieciešams ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmējums, BTA apmaksā, ja pakalpojums ir saņemts ne vēlāk kā 90 dienas no nozīmējuma izrakstīšanas dienas.

B PROGRAMMA MEDIKAMENTI

B papildprogrammas ietvaros tiek apmaksāti medikamenti, tajā skaitā homeopātiskie līdzekļi ambulatorajai ārstēšanai, atbilstoši atlaidei un apdrošinājuma summai.

Programmas kods	Atlaide	Apdrošinājuma summa
B5423	50%	175 EUR

BTA apmaksā:

Vairāk kā 1 600 dažāda nosaukuma medikamentus.

BTA neapmaksā:

Ārstniecības līdzekļus, kas iekļauti no Valsts budžeta kompensējamo medikamentu sarakstā; ārstniecības līdzekļus, kuri nav izrakstīti receptē; LR Zāļu reģistrā un ES centralizētajā reģistrā neregistrētos medikamentus; līdzekļus, kuri nav medikamenti (piem., uzturvielas; kontrastvielas; diagnostiskie līdzekļi; pārsienamie līdzekļi; ārstnieciskā kosmētika); tikai augus saturošus medikamentus un bišu produktus; zāļu tējas; līdzekļus mutes dobuma un zobu slimību ārstēšanai; žultsskābes preparātus; pretaptaukošanās līdzekļus (t.sk. arī caurejas līdzekļus); pretdiabēta līdzekļus; vitamīnus; minerālvielu līdzekļus; organismu stiprinošos, tonizējošos līdzekļus un anaboliskos līdzekļus sistēmiskai lietošanai; metabolismu, cirkulāciju un dzīšanu regulējošus, uzlabojošus un veicinošus līdzekļus; asinis un asinsrades orgānus ietekmējošos līdzekļus; vazoprotektorus; sēruma lipīdus regulējošus līdzekļus; dermatoloģiskos līdzekļus; dzimumhormonus un uroģenitālās sistēmas modulatorus; kontraceptīvos līdzekļus; preparātus erekcijas traucējumu ārstēšanai, potenci stimulējošos līdzekļus; prostatoterapeitiskos līdzekļus; preparātus labdabīgas prostatas hipertrofijas ārstēšanai; hormonus saturošus līdzekļus sistēmiskai lietošanai; pretsēnīšu līdzekļi sistēmiskai lietošanai (izņemot ginekoloģisko slimību ārstēšanai); prettuberkulozes līdzekļus; pretvīrusu līdzekļus sistēmiskai lietošanai; serumus un imūnglobulīnus; vakcīnas; pretaudzēju un imūnsistēmu ietekmējošos līdzekļus; pretpodagras līdzekļus; līdzekļus kaulu un locītavu slimību ārstēšanai; nervu sistēmu regulējošos līdzekļus (izņemot citus pretsāpju un pretinflammāciju līdzekļus un pretreiboņa līdzekļus); līdzekļus atkarību ārstēšanai; pretparazītu un pretpedikulozes līdzekļus; pretastmas līdzekļus; plaušu surfaktantus; pretglaukomas un miotiskos līdzekļus.

Sastādīts pamatojoties uz zāļu anatomiski terapeitiski ķīmisko (ATK) kodu reģistru.

Papildu nosacījumi:

Medikamentu atlaide tiek piemērota akūtu saslimšanu un hronisku slimību paasinājumu ambulatorai ārstēšanai līdz viena mēneša kursam.

Atlaide tiek piemērota medikamentiem, kas izrakstīti uz ārstējošā ārsta receptu veidlapām „Īpašā recepte” vai „Parastā recepte” vai tās kopija un kas iegādāti aptiekās 30 dienu laikā no receptes izrakstīšanas datuma. Ja medikaments iegādāts nelīgumiestādē, tad apmaksā tiek veikta BTA iesniedzot apmaksai personificētus maksājuma dokumentus: EKA čeku ar detalizētu izdevumu atšifrējumu vai stingrās uzskaites kvīti un recepti vai tās kopiju.

Ja medikamenti tiek izrakstīti ambulatorai ārstēšanai, izrakstoties no stacionāra (receptes ar stacionāra zīmogu), tad Apdrošinātais iesniedz BTA personificētus dokumentus - slimnīcas izrakstu, EKA čeku vai stingrās uzskaites kvīti, ko izsniedz aptieka par iegādāto medikamentu, un **recepti** vai tās kopiju.

D PROGRAMMA – ZOBĀRSTNIECĪBA

D papildprogrammas ietvaros tiek apmaksāti ar zobārstniecību saistītie pakalpojumi atbilstoši programmas atlaidei, apdrošinājuma summai un apdrošināto pakalpojumu apjomam.

Programmas kods	Atlaide	Apdrošinājuma summa	Apdrošinātie pakalpojumi
D1*	50%	150 EUR	Zobārstniecība t.sk. higiēna (izņemot zobu protezēšanu)

*Programmas kods var atšķirties atkarībā no programmas atlaides un apdrošinājuma summas lieluma.

BTA apmaksā:

- mutes dobuma higiēnas pasākumus;
- neatliekamo palīdzību akūtu zobu sāpju gadījumā: rentgenogrammu diagnozes precizēšanai, vietējo anestēziju, zobu kanāla atvēršanu un tīrīšanu, pagaidu plombas ielikšanu, zoba ekstrakciju;
- ārsta - speciālista konsultācijas un ārstēšanās plāna sastādīšanu;
- terapeitiskos zobārstniecības pakalpojumus;
- ambulatori ķirurģiskos zobārstniecības pakalpojumus;
- periodonta slimību ārstēšanu;
- vietējo anestēziju;
- diagnozes precizēšanai nepieciešamās rentgenogrammas.

BTA neapmaksā:

- zobu kariesa profilaksi ar silantiem, zobu pārklāšanu ar heliomateriālu, fluoroprotektoru un fluoru saturošiem materiāliem;
- implantus un ar tiem saistītos pakalpojumus;
- ar ortodontiju saistītos pakalpojumus;
- protezēšanu, onlejas, inlejas;
- kosmētiskos pakalpojumus (piemēram: zobu balināšana, zobu rotas, venīrkļājumi);
- mutes, sejas un žokļu ķirurģiju;
- palīglīdzekļus (piemēram: nakts kapes, bokseru šinas).

Papildu nosacījumi:

Lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību par ārstēšanos neliģumiestādēs, ir jāiesniedz personificēti maksājuma dokumenti: EKA čeki vai stingrās uzskaites kvīti, kur norādīts datums, vārds, uzvārds, personas kods, atšifrēts sniegtais zobārstniecības pakalpojums (zoba Nr., zoba virsma, veiktās manipulācijas nosaukums) un tā cena.

PAPILDU AIZSARDZĪBA „CITU VESELĪBAS RISKU APDROŠINĀŠANA”

Papildu apdrošināšanas aizsardzības „Citu veselības risku apdrošināšana” ietvaros BTA atlīdzina Apdrošinātajam izdevumus par dažādiem ārstēšanās, veselības veicināšanas un profilakses pakalpojumiem. Apdrošinājuma summa tiek noteikta visiem Apdrošinātajiem kopā visam apdrošināšanas periodam. Nav noteikts apdrošināšanas atlīdzības ierobežojums uz vienu apdrošināšanas gadījumu.

BTA apmaksā:

Apdrošinājumaņēmēja rakstveidā norādītajam Apdrošinātajam izdevumus par maksas operācijām, diagnostiskiem izmeklējumiem ar augstas tehnoloģijas medicīniskās aparatūras izmantošanu, transportēšanu, medikamentu iegādi, optikas iegādi, zobārstniecību un zobu protezēšanu, rehabilitāciju sanatorijās un kūrortos, sporta – rehabilitācijas apmeklējumiem, ārstniecisko palīgierīču iegādi, kā arī izdevumus par veselības apdrošināšanas programmās neietvertajiem ārstnieciskajiem un veselības veicināšanas un profilakses pakalpojumiem.

Papildu nosacījumi:

Apdrošināšanas prēmija tiek noteikta papildu apdrošināšanas aizsardzības „Citu veselības risku apdrošināšana” apdrošinājuma summas apmērā, kas palielināta par 10% (desmit procenti), kas ir BTA administratīvie izdevumi.

Gadījumā, ja, beidzoties apdrošināšanas līguma darbības termiņam, saskaņā ar papildu veselības apdrošināšanas aizsardzību „Citu veselības risku apdrošināšana” izmaksātā apdrošināšanas atlīdzība ir mazāka par apdrošinājuma summu, tad BTA atmaksā Apdrošinājumaņēmējam apdrošināšanas prēmijas daļu, kuras apmērs tiek noteikts kā starpība starp apdrošinājuma summu un izmaksāto apdrošināšanas atlīdzību kopsummu.