

VESELĪBAS APDROŠINĀŠANA

Programmas apraksts

Pielikums Nr.4

A4 PROGRAMMA – AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ APRŪPE ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDĒ

A4 pamatprogrammas ietvaros BTA apmaksā izdevumus ambulatorai un stacionārai aprūpei ar apdrošinājuma summu **5 000.00 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 mājās 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 (LIMITS 1000.00 EUR)

MAKSAS AMBULATOROS PAKALPOJUMUS:

Bez ārstniecības personas nozīmējuma:

- maksas ģimenes ārsta, maksas internista (terapeita) un pediatra konsultācijas;
- ārstu-speciālistu t.sk. profesoru, docentu un augstākās kvalifikācijas speciālistu – medicīnas doktoru un nodaļas vadītāju konsultācijas;
- divas dermatologa, divas fizioterapeita un divas rehabilitologa jeb fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultācijas - līdz 30.00 EUR par vizīti (apmaksā pēc čekiem);
- obligātās darbinieku veselības pārbaudes darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā un "sanitārās grāmatīņas" noformēšana, atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem vienu reizi apdrošināšanas periodā - limits 45.00 EUR apdrošināšanas periodā (apmaksā pēc čekiem);
- veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai: autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai;
- jebkuru vakcināciju - limits 45.00 EUR apdrošināšanas periodā;
- mājās 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 elektroneiostimulācija, diadinamiskās strāvas, didinamoforēze, sinusoidāli modulētās strāvas un forēze, interferences strāvas un forēze, elektrostimulācija, fluktorizācija, fluktuoforēze, diatermija, induktotermija, induktoelektroforēze, ultravisīņi, 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 paketiņiem, bankas, ultraskaņa, amplipulss) – viens kurss (līdz 10 reizēm) apdrošināšanas periodā un līdz 7.00 EUR par procedūru (apmaksā pēc čekiem).

Maksas pakalpojumi, kas saistīti ar grūtniecības aprūpi:

- ārsta – ginekologa konsultācijas;
- vecmātes konsultācijas;
- laboratoriskos izmeklējumus;
- ārstnieciskās manipulācijas: injekcijas, infūzijas;
- uzturēšanos stacionārā.

MAKSAS STACIONĀROS PAKALPOJUMUS:

Maksas pakalpojumus diennakts un dienas stacionārā ar ārstējošā ārsta nosūtījumu un ar Limitu 700.00 EUR apdrošināšanas periodā:

- uzturēšanās stacionārā;
- ārstu konsultācijas;
- ārstnieciskās manipulācijas;
- diagnostiskos, laboratoriskos un instrumentālos izmeklējumus;
- operācijas;
- ārstēšanos paaugstināta servisa apstākļos 10 dienas, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde.

VALSTS NEATLIEKAMO MEDICĪNISKO PALĪDZĪBU

STACIONĀRĀS REHABILITĀCIJAS MAKSAS PAKALPOJUMUS (Limits 200.00 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.

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 30.00 EUR apmērā), par divām dermatologa, par divām fizioterapeita un par divām rehabilitologa jeb fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultācijām apdrošināšanas periodā;
- grūtniecību aprūpes līgumus, instrumentālos izmeklējumus auglim, kardiokogrāfiju, augļa ehokardiogrāfiju, 3 un 4 dimensiju izmeklējumus, kas saistīti ar grūtniecību un/vai augļa diagnostiku, ģenētiskos izmeklējumus, kas saistīti ar grūtniecību;
- maksas dzemdību pakalpojumus;
- ārpus ārstniecības iestādes adreses (izbraukumā) sniegtos ārstniecības pakalpojumus, izņemot neatliekamo palīdzību, medicīnas personāla mājās vizītes, obligātās veselības pārbaudes;
- olvadu caurlaidības ambulatoru un stacionāru diagnostiku un ārstēšanu, diagnostisko laparoskopiju;
- magnētisko rezonansi visam ķermenim;

- testus uz alergēniem, imūndiagnostiku (antiviēlu noteikšana), izņemot onkoloģiskos marķierus: PSA, CA 125, CA 19-9, CA 15-3;
- ambulatoro rehabilitāciju, izņemot fizikālās terapijas procedūras;
- maksas stacionāro rehabilitāciju, kuras ārstēšanās ilgums ir mazāks par 7 dienām pēc kārtas;
- privāto neatliekamo medicīnisko palīdzību;
- pakalpojumus, kuri saņemti iestādē, kas nav Pakalpojuma sniedzēja iestāde;
- stacionārā saņemtos pakalpojumus, kurus var saņemt ambulatori;
- manipulācijas un izmeklējumus dermatoloģijā;
- stereotaktisko radioķirurģiju (CyberKnife jeb Kibernazi);
- kompleksās veselības pārbaudes;
- rozāciju.

Papildu nosacījumi

Apmaksa par saņemtiem pakalpojumiem notiek saskaņā ar A4 programmas cenrādi. Ja ārstniecības iestādes cena pārsniedz BTA programmas A4 cenrādi 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.

Ja pakalpojums saskaņā ar programmu ir apmaksājams, bet Apdrošinātājs un BTA Līgumiestāde nav šo pakalpojumu iekļāvuši savā sadarbības līgumā, tas tiek apmaksāts saskaņā ar programmas cenrādi. Par minētajiem pakalpojumiem Apdrošinātajam ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem un BTA kompensē Apdrošinātā izdevumus, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem ar detalizētu izdevumu atšifrējumu.

Par Obligātās veselības pārbaudēm un "sanitārās grāmatīņas" noformēšanu Apdrošinātajam ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem. Minētos izdevumus BTA kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem vai pamatojoties arī uz Apdrošinātāja izsniegtu garantijas vēstuli. Iepriekš saskaņojot, BTA nodrošina arī izbraukuma Obligātās veselības pārbaudes, pasūtītāju telpās. Rentģenoloģisko izmeklējumu saistībā ar OVP un "sanitāro grāmatīņu" Apdrošinātājs apmaksā vienu reizi apdrošināšanas periodā, saskaņā ar polises nosacījumiem.

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.

Izdevumus par maksas stacionāro pakalpojumiem BTA kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem ar detalizētu izdevumu atšifrējumu. Maksas operācijām stacionārā (BTA līgumiestādēs), iepriekš saskaņojot, Apdrošinātājs izsniedz garantijas vēstuli. Lai saņemtu minēto izdevumu kompensāciju, Apdrošinātajam ir jāiesniedz BTA izraksts no stacionāra.

Stacionārās rehabilitācijas pakalpojumus 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 dermatologa, fizioterapeita, rehabilitologa jeb fizikālās un rehabilitācijas medicīnas ārsta konsultācijām, par fizikālās terapijas procedūrām un valsts neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumiem Apdrošinātajam 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 un speciālista	līdz 30.00
Atkārtota maksas konsultācija pie ģimenes ārsta un speciālista mēneša laikā	līdz 30.00
Pirmreizēja konsultācija pie profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista	līdz 40.00
Atkārtota konsultācija pie profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista mēneša laikā	līdz 30.00
Mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi t.sk. transporta pakalpojumi	līdz 30.00
Valsts Neatliekamā medicīniskā palīdzība	līdz 22.00
INSTRUMENTĀLIE IZMEKLĒJUMI UN DIAGNOSTIKA	
Elektrokardiogramma	līdz 7.50
Tredmils, veloergometrija	līdz 30.00
EKG diennakts (Holtera) monitorings, 24 stundu asinsspiediena monitorēšana	līdz 30.00
Ehokardiogrāfija	līdz 20.00
Ehokardiogrāfija ar visiem hemodinamikas rādītājiem un visiem doplerizmeklējumiem	līdz 21.50
Transezofageālie elektrofizioloģiskie izmeklējumi (TEEFI)	līdz 21.50
Ultrasonogrāfija	līdz 30.00
Ultrasonogrāfija vai doplerogrāfija asinsvadiem	līdz 30.00
Ehoencefalogrāfija	līdz 21.50
Kompjuterizēta encefalogrāfija	līdz 28.50
Neiromiogrāfija, elektromiogrāfija	līdz 36.00
Citi neiropizioloģiskie un funkcionālie izmeklējumi	līdz 7.50
Rentģenoloģiskais izmeklējums (1 vai 2 projekcijās, 1 kermena daļai)	līdz 14.50
Rentģenoloģiskie izmeklējumi ar kontrastvielu	līdz 20.00
Mammogrāfija	līdz 30.00
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	
Elptestes 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 ar un bez kontrastvielas	līdz 85.00
LABORATORISKIE IZMEKLĒJUMI	
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, hematomas)	līdz 7.50
Izmežģījuma, lūzuma repozīcija	līdz 7.50
Citas ārstnieciskās manipulācijas	līdz 7.50
JEBKURA VAKCINĀCIJA	limits 45.00 EUR apdrošināšanas periodā
MEDICĪNISKĀS KOMISIJAS	
Ar darba specifiku saistītā obligātā veselības pārbaude un "sanitārās grāmatiņas" noformēšana	limits 45.00 EUR apdrošināšanas periodā
Veselības pārbaude medicīniskās dokumentācijas noformēšanai	apdrošinājuma summas ietvaros
FIZIKĀLĀS TERAPIJAS PROCEDŪRAS (par vienu procedūru)	līdz 7.00
MAKSAS STACIONĀRS	līdz 700.00
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	Saskaņā ar programmas nosacījumiem
Vecmātes konsultācija	līdz 30.00

AR PROGRAMMA AMBULATORĀ REHABILITĀCIJA

BTA apmaksā izdevumus par ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumiem līdz 90.00 EUR, kas saņemti ambulatorā ārstniecības iestādē.

Programmas kods	Apdrošinājuma summa
AR90	90.00 EUR

BTA apmaksā:

Ar ģimenes ārsta vai ar ārstējošā ārsta nozīmējumu – viens kurss (līdz 10 reizēm) un līdz 9.00 EUR par apmeklējuma 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 manuālu terapeita 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 manuālu terapeita konsultāciju apdrošināšanas periodā.

Papildu nosacījumi:

Par ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumiem Apdrošinātajam ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem. Minētos izdevumus BTA kompensē (ja pakalpojums ir saņemts ne vēlāk kā 30 dienas no nosūtījuma izrakstīšanas dienas) pamatojoties uz iesniegtiem personificētiem maksājuma dokumentiem ar detalizētu izdevumu atšifrējumu un ārsta nosūtījumu. Maksājuma dokumenta datumam ir jāsakrīt ar pakalpojuma saņemšanas datumu.

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); pret diabēta 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 ietekmējošus līdzekļus; pretpodagras līdzekļus; līdzekļus kaulu un locītavu slimību ārstēšanai; nervu sistēmu regulējošos līdzekļus (izņemot citus pretsāpju un pret drudža līdzekļus un pretreiboņa līdzekļus); līdzekļus atkarību ārstēšanai; pretparazītu un pretpedikulozes līdzekļus; pretastmas līdzekļus; plaušu surfaktantus; pret glaukomas un miotiskos līdzekļus.

Sastādīts pamatojoties uz zāļu anatomiski terapeitiski ķīmisko (ATĶ) 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 kviti 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 kviti, ko iesniedz aptieka par iegādāto medikamentu, un **recepti** vai tās kopiju.

D PROGRAMMA – ZOBĀRSTNICĪBA

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
D12	50%	285.00 EUR	Zobārstniecība t.sk. higiēna (izņemot zobu protezēšanu)

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, fluorprotektoru 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;
- palīgīdzekļus (piemēram: nakts kapes, bokseru šinas).

Papildu nosacījumi:

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