

A1 PROGRAMMA – AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ APRŪPE ĀRSTNICĪBAS IESTĀDĒ

A1 (A102) pamatprogrammas ietvaros BTA apmaksā izdevumus ambulatorai un stacionārai aprūpei ar apdrošinājuma summu **5 000 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 ārstēšanas dienas stacionārā;
- par ārstēšanas diennakts stacionārā;
- par dienas stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām;
- par diennakts stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem;
- 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) un pediatra konsultācijas;
- ārstu-speciālistu t.sk. profesoru, docentu un augstākās kvalifikācijas speciālistu – medicīnas doktoru un nodaļas vadītāju konsultācijas;
- divas dermatologa konsultācijas un divas homeopāta konsultācijas līgumiestādēs un nelīgumiestādēs līdz 30 EUR apmērā katra, - 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, limita 30.00 EUR ietvaros;
- veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai: autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai;
- vakcināciju pret gripu un ērcu encefalītu;
- mājas vizītes un to laikā sniegtos medicīniskos pakalpojumus, t.sk. transporta pakalpojumus.

Ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmējumu:

- ārstnieciskās manipulācijas (bez medikamentu vērtības): injekcijas (intramuskulāra, zemādas, intravenoza injekcija un infūzija vēnā), locītavu blokādes, brūču apstrāde un pārsiešanas;
- plaša spektra laboratoriskos izmeklējumus;
- plaša spektra instrumentālos izmeklējumus: elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, piena dz., vairogdziedzeri, vēdera dobuma orgānu (aknu, žultspūšļa, nieru u.c.) sonogrāfiska izmeklēšana un iegurņa orgānu (urīnpūšļa, dzemdes, prostatas u.c.) sonogrāfiska izmeklēšana, asinsvadu sonogrāfiska un doplerogrāfiska izmeklēšana, rentgenogrāfija orgāniem un ķermeņa daļām, mammogrāfija, fluorogramma, redzes pārbaude (t.sk. pie optometrista optikas izstrādājumu iegādes vietā), audiogramma, kolposkopija, elpceļu gastroenteroloģijā, sigmoidoskopija, rektoskopija, kolonoskopija, fibrogastrozofagoskopija, fibrogastroduodenoskopija, scintigrāfiskie izmeklējumi, skaitļotājtomogrāfijas izmeklējumi ar un bez kontrastvielas (viens izmeklējums apdrošināšanas līguma darbības laikā), magnētiskās rezonanses izmeklējums ar un bez kontrastvielas (viens izmeklējums apdrošināšanas līguma darbības laikā).

STACIONĀROS MAKSAS PAKALPOJUMUS

Maksas pakalpojumus dienas un diennakts stacionārā ar Limitu 750 EUR par katru stacionēšanas gadījumu:

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

Pacienta līdzmaksājumu atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem, saņemot stacionāros pakalpojumus, par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām.

VALSTS NEATLIEKAMO MEDICĪNISKO PALĪDZĪBU.

BTA neapmaksā:

- Veselības apdrošināšanas noteikumu Nr.3.2. 4.punktā minētos izdevumus (pieejami www.bta.lv sadaļā "Veselības apdrošināšana"), izņemot izdevumus par divām dermatologa konsultācijām un par divām homeopāta konsultācijām;
- medicīniskos pakalpojumus, kuri nav minēti A1 programmas aprakstā;
- Olvadu caurlaidības ambulatoru un stacionāru diagnostiku un ārstēšanu, diagnostisko laparoskopiju; Magnētisko rezonansi visam ķermenim; Kompleksās veselības pārbaudes;
- Pakalpojumus, kuri saņemti iestādē, kas nav Pakalpojuma sniedzēja iestāde;
- Ārpus ārstniecības iestādes adreses (izbraukumā) sniegtos ārstniecības pakalpojumus, izņemot neatliekamo palīdzību, medicīnas personāla mājas vizītes, obligātās veselības pārbaudes.
- stacionārā saņemtos pakalpojumus, kurus var saņemt ambulatori;
- testus uz alergēniem, imūndiagnostiku (antivienu noteikšana), izņemot onkoloģiskos marķierus: PSA, CA 125, CA 19-9, CA 15-3.

Papildu nosacījumi:

Līgumiestādēs saņemtos pakalpojumus BTA apmaksā 100% apmērā saskaņā ar programmas nosacījumiem. Pakalpojumi, kuri nav iekļauti līgumiestādes apmaksājamo pakalpojumu sarakstā, Apdrošinātajam ir jāapmaksā no personīgiem līdzekļiem. 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.

Obligātās veselības pārbaudēm un "sanitārās grāmatīņas" noformēšanai, 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 stacionāriem pakalpojumiem BTA kompensē pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem ar detalizētu izdevumu atšifrējumu. Lai saņemtu minēto izdevumu kompensāciju, Apdrošinātajam ir jāiesniedz BTA izraksts no stacionāra.

Par dermatologa un homeopāta konsultācijām Apdrošinātajam ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem. Minētos izdevumus BTA kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem saskaņā ar cenrādi nelīgumiestādēm.

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

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.

Par nelīgumiestādēs saņemtiem pakalpojumiem apmaksā notiek saskaņā ar BTA A1 programmas cenrādi.

A1 programmas cenrādis medicīniskajiem maksas pakalpojumiem nelīgumiestādēs

Medicīniskā pakalpojuma nosaukums	EUR
ĀRSTU KONSULTĀCIJAS	
Pirmreizēja maksas konsultācija pie ģimenes ārsta	līdz 30.00
Atkārtota maksas konsultācija pie ģimenes ārsta mēneša laikā	līdz 30.00
Pirmreizēja konsultācija pie profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista	līdz 45.00
Atkārtota konsultācija pie profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista mēneša laikā	līdz 45.00
Pirmreizēja konsultācija pie ārsta speciālista (t.sk. pie dermatologa un pie homeopāta)	līdz 30.00
Atkārtota konsultācija pie ārsta - speciālista mēneša laikā (t.sk. pie dermatologa un pie homeopāta)	līdz 30.00
Mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi, t.sk. transporta pakalpojumi	līdz 30.00
Valsts Neatliekamā medicīniskā palīdzība	līdz 29.00
INSTRUMENTĀLIE IZMEKLĒJUMI UN DIAGNOSTIKA	
Elektrokardiogramma	līdz 11.50
Ehokardiogrāfija	līdz 28.50
Ultrasonogrāfija	līdz 22.00
Ultrasonogrāfija vai doplerogrāfija asinsvadiem	līdz 28.50
Rentģenoloģiskais izmeklējums (1 vai 2 projekcijās, 1 ķermeņa daļai)	līdz 14.50
Rentģenoloģiskie izmeklējumi ar kontrastvielu	līdz 43.00
Mammogrāfija	100%
Fluorogramma	100%
Osteodensitometrija	līdz 21.50
Redzes pārbaude	līdz 21.50
Audiogramma	līdz 14.50
Kolposkopija	līdz 14.50
Dārgās diagnostiskās tehnoloģijas t.sk. anestēzija un sedācija	
Elptests gastroenteroloģijā	līdz 21.50
Sigmoidoskopija	līdz 60.00
Rektoskopija	līdz 60.00
Kolonoskopija (resnās zarnas izmeklēšana)	līdz 60.00
Fibrogastroskopija	līdz 60.00
Scintigrāfiskie izmeklējumi	līdz 200.00
Skaitļotājtomogrāfiskie izmeklējumi ar un bez kontrastvielas	līdz 100.00
Magnētiskās rezonanses izmeklējumi ar un bez kontrastvielas	līdz 150.00
LABORATORISKIE IZMEKLĒJUMI	100%
MANIPULĀCIJAS UN PROCEDŪRAS	
Injekcijas – intramuskulārās, zemādas	līdz 3.00
Injekcija – intravenozā	līdz 6.00
Infūzija vēnā	līdz 11.50
Locītavu blokāde	līdz 14.50
Brūces apstrāde un pārsiešana	līdz 14.50
VAKCIĀCIJA	
Vakcinācija pret gripu	līdz 15.00
Vakcinācija pret ērcu encefalītu	līdz 32.00
MEDICĪNISKĀS KOMISIJAS	
Ar darba specifiku saistītā obligātā veselības pārbaude un "sanitārās grāmatīņas" noformēšana	līdz 30.00
Veselības pārbaude medicīniskās dokumentācijas noformēšanai	100%
MAKSAS STACIONĀRS	
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

A4 PROGRAMMA – AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ APRŪPE ĀRSTNICĪBAS IESTĀDĒ

A4 pamatprogrammas ietvaros BTA apmaksā izdevumus ambulatorai un stacionārai aprūpei ar apdrošinājuma summu **4 000 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 ārstēšanas dienas stacionārā;
- par ārstēšanas 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) un pediatra konsultācijas;
- ārstu-speciālistu t.sk. profesoru, docentu un augstākās kvalifikācijas speciālistu – medicīnas doktoru un nodaļas vadītāju konsultācijas;
- divas dermatologa konsultācijas un divas homeopāta konsultācijas, - 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, limita 30.00 EUR ietvaros;
- veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai: autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai;
- vakcināciju pret gripu un ērcu encefalītu;
- 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).

STACIONĀROS MAKSAS PAKALPOJUMUS:

Maksas pakalpojumus diennakts un dienas stacionārā ar Limitu 750 EUR par katru stacionēšanas gadījumu:

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

VALSTS NEATLIEKAMO MEDICĪNISKO PALĪDZĪBU

BTA neapmaksā:

- Veselības apdrošināšanas noteikumu Nr.3.2. 4.punktā (pieejami www.bta.lv sadaļā "Veselības apdrošināšana") minētos izdevumus, izņemot izdevumus par vienu psihoterapeita konsultāciju (līdz 30.00 EUR apmērā), par divām dermatologa konsultācijām un par divām homeopāta konsultācijām apdrošināšanas periodā;
- testus uz alergēniem, imūndiagnostiku (antivienu noteikšana), izņemot onkoloģiskos marķierus: PSA, CA 125, CA 19-9, CA 15-3;
- Olvadu caurlaidības ambulatoru un stacionāru diagnostiku un ārstēšanu, diagnostisko laparoskopiju; Magnētisko rezonansi visam ķermenim; Kompleksās veselības pārbaudes;
- Pakalpojumus, kuri saņemti iestādē, kas nav Pakalpojuma sniedzēja iestāde;
- Ārpus ārstniecības iestādes adreses (izbraukumā) sniegtos ārstniecības pakalpojumus, izņemot neatliekamo palīdzību, medicīnas personāla mājas vizītes, obligātās veselības pārbaudes.
- stacionārā saņemtos pakalpojumus, kurus var saņemt ambulatori;
- ambulatoro rehabilitāciju, maksas stacionārās rehabilitācijas pakalpojumus; 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 cenrādi noteikto, cenas starpību Apdrošinātāis 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, Apdrošinātājam 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 Apdrošinātājam ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem un BTA kompensē Apdrošinātā izdevumus, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem ar detalizētu izdevumu atšifrējumu.

Apmaksa par BTA nelīgumiestādēs saņemtiem pakalpojumiem notiek saskaņā ar A4 programmas cenrādi.

Obligātās veselības pārbaudēm un "sanitārās grāmatīņas" noformēšanai, BTA kompensē pamatojoties arī uz Apdrošinātāja izsniegtu garantijas vēstuli. Rentgenoloģisko izmeklējumu saistībā ar OVP un "sanitāro grāmatīņu" Apdrošinātājs apmaksā vienu reizi apdrošināšanas periodā, saskaņā ar polises nosacījumiem.

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

Par dermatologa un homeopāta konsultācijām Apdrošinātajam ir jānorēķinās ar personīgiem līdzekļiem. Minētos izdevumus BTA kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem personificētiem maksājuma dokumentiem saskaņā ar cenrādi.

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 30.00
Atkārtota maksas konsultācija pie ģimenes ārsta mēneša laikā	līdz 30.00
Pirmreizēja konsultācija pie profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista	līdz 45.00
Atkārtota konsultācija pie profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista mēneša laikā	līdz 45.00
Pirmreizēja konsultācija pie ārsta - speciālista (t.sk. pie dermatologa un pie homeopāta)	līdz 30.00
Atkārtota konsultācija pie ārsta - speciālista mēneša laikā (t.sk. pie dermatologa un pie homeopāta)	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 14.50
EKG diennakts (Holtera) monitorings	līdz 21.50
Ehokardiogrāfija	līdz 14.50
Ehokardiogrāfija ar visiem hemodinamikas rādītājiem un visiem doplerizmeklējumiem	līdz 21.50
Transezoģeālie elektrofizioloģiskie izmeklējumi (TEEFI)	līdz 21.50
Ultrasonogrāfija	līdz 22.00
Ultrasonogrāfija vai doplerogrāfija asinsvadiem	līdz 22.00
Ehoencefalogrāfija	līdz 21.50
Kompiuterizēta encefalogrāfija	līdz 28.50
Neiromiogrāfija, 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 22.00
Osteodensitometrija	līdz 21.50
Žultspūšļa 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	
Elpceļu gastroenteroloģijā	līdz 21.50
Sigmoidoskopija	līdz 60.00
Rektoskopija	līdz 60.00
Kolonoskopija (resnās zarnas izmeklēšana)	līdz 60.00
Fibrogastroskopija u.c. endoskopiskie izmeklējumi	līdz 60.00
Scintigrāfiskie izmeklējumi	līdz 200.00
Skaitļotājtomogrāfiskie izmeklējumi ar un bez kontrastvielas	līdz 100.00
Magnētiskās rezonanses izmeklējumi bez kontrastvielas	līdz 150.00
Magnētiskās rezonanses izmeklējumi ar kontrastvielu	līdz 150.00
LABORATORISKIE IZMEKLĒJUMI	100%
MANIPULĀCIJAS UN PROCEDŪRAS	
Injekcijas – intramuskulārās, zemādas u.c.	līdz 5.00
Injekcija – intravenozā	līdz 5.00
Infūzija vēnā	līdz 8.00
Blokāde (periartikulāra, intraartikulāra, paraverebrāla u.c.)	līdz 15.00
Epidurālā blokāde	līdz 30.00
Punkcija	līdz 15.00
Biopsija histoloģiskai izmeklēšanai	līdz 15.00
Brūces apstrāde un pārsiešana	līdz 15.00
Naga ablācija vai saknes rezekcija	līdz 30.00
Ekscīzija, incīzija (furunkula, abscesa, hematoma)	līdz 30.00
Izmežģījuma, lūzuma repozīcija	līdz 15.00
Citas ārstnieciskās manipulācijas	līdz 15.00
VAKCINĀCIJA	
Vakcinācija pret gripu	līgumiestādēs 100%, nelīgumiestādēs līdz 15.00
Vakcinācija pret ērcu encefalītu	līgumiestādēs 100%, nelīgumiestādēs līdz 30.00
MEDICĪNISKĀS KOMISIJAS	
Ar darba specifiku saistītā obligātā veselības pārbaude un "sanitārās grāmatīņas" noformēšana	Limits 30.00
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

A8 PROGRAMMA – AMBULATORĀ UN STACIONĀRĀ APRŪPE ĀRSTNIECĪBAS IESTĀDĒ

A8 pamatprogrammas ietvaros BTA apmaksā izdevumus ambulatorai un stacionārai aprūpei ar apdrošinājuma summu **2 000 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 ārstēšanas dienas stacionārā;
- par ārstēšanas diennakts stacionārā;
- par dienas stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām;
- par diennakts stacionārā veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem;
- par rehabilitāciju rehabilitācijas centros ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nosūtījumu spēkā esošajos MK noteikumos noteiktajā kārtībā.

AMBULATOROS MAKSAS 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;
- obligātās darbinieku veselības pārbaudes darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā un "sanitārās grāmatīņas" noformēšana, atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem vienu reizi apdrošināšanas periodā, limita 30.00 EUR ietvaros;
- veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai: autotransporta vadīšanai, ieroču nēsāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai;
- vakcināciju pret gripu un ērcu encefalītu;
- mājas vizītes un to laikā sniegtos medicīniskos pakalpojumus, t.sk. transporta pakalpojumus.

Ar ģimenes ārsta vai ārstējošā ārsta nozīmējumu:

- ārstnieciskās manipulācijas (bez medikamentu vērtības): intramuskulāra, zemādas, intravenozā injekcija un infūzija vēnā;
- laboratoriskos izmeklējumus: pilna asins aina, urīna analīze (ar stripu un mikroskopija un klīniskā urīna analīze), koprogramma, asins bioķīmiskie izmeklējumi (cukura līmenis, bilirubīns, Timola prove, amilāzes, sārmainā fosfatāze, kreatinīns, holesterīns (kopējais, ABL, ZBL), ASAT, ALAT), reimotesti (siālskābe, C reaktīvais olbaltums, reimatoīdais faktors, antistreptolizīns O), vairogdziedzera hormoni (T3, T4, FT3, FT4, TSH), asins grupa, Rh faktors, citoloģiskā izmeklēšana, histoloģiskā izmeklēšana, biopsijas materiālu izmeklēšana;
- instrumentālos izmeklējumus: elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, vēdera dobuma orgānu (aknu, žultspūšļa, nieru u.c.) sonogrāfiska izmeklēšana un iegurnu orgānu (urīnpūšļa, dzemdes, prostatas u.c.) sonogrāfiska izmeklēšana, asinsvadu sonogrāfiska un doplerogrāfiska izmeklēšana, rentgenogrāfija orgāniem un ķermeņa daļām, mammogrāfija, fluorogramma, redzes pārbaude (t.sk. pie optometrista optikas izstrādājumu iegādes vietās), sigmoidoskopija, rektoskopija, kolonoskopija, fibrogastroduodenoskopija, skaitļotājtomogrāfija (viens izmeklējums apdrošināšanas līguma (polises) darbības laikā).

VALSTS NEATLIEKAMO MEDICĪNISKO PALĪDZĪBU

BTA neapmaksā:

- Veselības apdrošināšanas noteikumu Nr.3.2. 4.punktā minētos izdevumus (pieejami www.bta.lv sadaļā "Veselības apdrošināšana");
- maksas pakalpojumus stacionārā, maksas operācijas, pacienta līdzmaksājumu stacionārā par operācijām;
- Olvadu caurlaidības ambulatoru un stacionāru diagnostiku un ārstēšanu, diagnostisko laparoskopiju; Magnētisko rezonansi visam ķermenim; Kompleksās veselības pārbaudes;
- Pakalpojumus, kuri saņemti iestādē, kas nav Pakalpojuma sniedzēja iestāde;
- Ārpus ārstniecības iestādes adreses (izbraukumā) sniegtos ārstniecības pakalpojumus, izņemot neatliekamo palīdzību, medicīnas personāla mājas vizītes, obligātās veselības pārbaudes.
- stacionārā saņemtos pakalpojumus, kurus var saņemt ambulatori;
- ambulatoro rehabilitāciju, maksas stacionārās rehabilitācijas pakalpojumus, medicīniskos pakalpojumus, kuri nav minēti A8 programmas aprakstā.

Papildu nosacījumi:

Apmaksa par BTA līgumiestādēs saņemtiem pakalpojumiem notiek saskaņā ar A8 programmas cenrādi Ja ārstniecības iestādes cena pārsniedz BTA programmas A8 cenrādi noteikto, cenas starpību apdrošinātais sedz 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. 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 Apdrošinātais 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.

Apmaksa par BTA nelīgumiestādēs saņemtiem pakalpojumiem notiek saskaņā ar A8 programmas cenrādi.

Obligātās veselības pārbaudēm un "sanitārās grāmatīņas" noformēšanai, BTA kompensē pamatojoties arī uz Apdrošinātāja izsniegtu garantijas vēstuli. Rentgenoloģisko izmeklējumu saistībā ar OVP un "sanitāro grāmatīņu" Apdrošinātais apmaksā vienu reizi apdrošināšanas periodā, saskaņā ar polises nosacījumiem.

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.

A8 programmas cenrādis medicīniskajiem maksas pakalpojumiem

Medicīniskā pakalpojuma nosaukums	EUR
ĀRSTU KONSULTĀCIJAS	
Pirmreizēja maksas konsultācija pie ģimenes ārsta	līdz 20.00
Atkārtota maksas konsultācija pie ģimenes ārsta mēneša laikā	līdz 20.00
Pirmreizēja konsultācija pie ārsta - speciālista, t.sk. profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista	līdz 20.00
Atkārtota konsultācija pie ārsta - speciālista mēneša laikā, tajā skaitā profesora, docenta un augstākās kvalifikācijas speciālista	līdz 20.00
Mājas vizīte un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi t.sk. transporta pakalpojumi	līdz 20.00
Valsts Neatliekamā medicīniskā palīdzība	līdz 15.00
INSTRUMENTĀLIE IZMEKLĒJUMI UN DIAGNOSTIKA	
Elektrokardiogramma	līdz 7.50
Ehokardiogrāfija	līdz 11.50
Ultrasonogrāfija	līdz 22.00
Ultrasonogrāfija vai doplerogrāfija asinsvadiem	līdz 22.00
Rentgenoloģiskais izmeklējums (1 vai 2 projekcijās, 1 kermena daļai)	līdz 6.00
Mammogrāfija	līdz 22.00
Fluorogramma	līdz 6.00
Redzes pārbaude	līdz 7.50
Dērgās diagnostiskās tehnoloģijas t.sk. anestēzija un sedācija	
Sigmoidoskopija	līdz 28.50
Rektoskopija	līdz 28.50
Kolonoskopija (resnās zarnas izmeklēšana)	līdz 28.50
Fibrogastroskopija	līdz 28.50
Skaitļotājtomogrāfiskie izmeklējumi ar un bez kontrastvielas	līdz 43.00
LABORATORISKIE IZMEKLĒJUMI	
Pilna asins aina	100%
Urīna analīze (klīniskā urīna analīze, ar stripu un mikroskopija)	100%
Koprogramma	100%
Cukura līmenis asinīs	100%
Bilirubīns	100%
Timola prove	100%
Amilāzes	100%
Sārmainā fosfatāze	100%
Kreatinīns	100%
Kopējais holesterīns un frakcijas	100%
ASAT	100%
ALAT	100%
Siālskābe	100%
C reaktīvais olbaltums	100%
Reimatoīdais faktors	100%
Antistreptolizīns O	100%
T3, FT3	100%
T4, FT4	100%
TSH	100%
Asins grupa	100%
Rh faktors	100%
Citoloģiskā izmeklēšana	līdz 3.00
Histoloģiskā izmeklēšana	līdz 7.50
Biopsijas materiālu izmeklēšana	līdz 7.50
MANIPULĀCIJAS UN PROCEDŪRAS	
Injekcijas – intramuskulārās, zemādas	līdz 2.50
Injekcija – intravenozā	līdz 3.60
Infūzija vēnā	līdz 5.00
VAKINĀCIJA	
Vakcinācija pret gripu	līgumiestādēs 100%, nelīgumiestādēs līdz 15.00
Vakcinācija pret ērcu encefalītu	līgumiestādēs 100%, nelīgumiestādēs līdz 30.00
MEDICĪNISKĀS KOMISIJAS	
Ar darba specifiku saistītā obligātā veselības pārbaude un "sanitārās grāmatīnas" noformēšana	Limits 30.00
Veselības pārbaude medicīniskās dokumentācijas noformēšanai	apdrošinājuma summas ietvaros

PROGRAMMA – MAKSAS STACIONĀRĀ APRŪPE

STACIONĀRIE MAKSAS PAKALPOJUMI:

Maksas pakalpojumi diennakts un dienas stacionārā vienu reizi apdrošināšanas periodā ar apdrošinājuma summu (limitu) 300 EUR:

- uzturēšanās stacionārā;
- ārstu konsultācijas;
- ārstnieciskās manipulācijas;
- diagnostiskie, laboratoriskie un instrumentālie izmeklējumi;
- maksas operācijas.

Pacienta līdzmaksājums atbilstoši spēkā esošajiem MK noteikumiem, saņemot stacionāros pakalpojumus, par vienā stacionēšanās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām.

MAKSAS STACIONĀRS	līdz 300.00
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

Izdevumus par maksas stacionāra pakalpojumiem Apdrošinātājs kompensē, pamatojoties uz iesniegtajiem maksājuma dokumentiem. Lai saņemtu minēto izdevumu kompensāciju, Apdrošinātajam ir jāiesniedz Apdrošinātājam izraksts no stacionāra.

AR PROGRAMMA AMBULATORĀ REHABILITĀCIJA

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

Programmas kods	Apdrošinājuma summa
AR100	100 EUR
AR150	150 EUR

BTA apmaksā:

Ar ģimenes ārsta vai ar ārstējošā ārsta nozīmējumu – viens kurss (līdz 10 reizēm)

Ambulatorās rehabilitācijas veids:

- fizikālās terapijas procedūras (elektroforēze, transkutāna elektroneirostimulācija, diadinamiskās strāvas, didinamoforēze, sinusoidāli modulētās strāvas un forēze, interferences strāvas un forēze, elektrostimulācija, fluktorizācija, fluktuoforēze, diatermija, induktotermija, induktoelektroforēze, ultrašviļņi, 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 parafinu, ar māliem, ar smiltīm, ar siltuma paketēm, bankas, ultraskaņa, amplipulss);
- 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 manuālā terapeita, 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 manuālā terapeita 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
B54	50%	150 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; hormonu saturošus līdzekļus sistēmiskai lietošanai; pretsēnišu līdzekļi sistēmiskai lietošanai (izņemot ginekoloģisko slimību ārstēšanai); prettuberkulozes līdzekļus; pretvīrusu līdzekļus sistēmiskai lietošanai; serumus un imūnglobulīnus; vakcīnas; pretaudzēju un imūnsistēmu ietekmējošos līdzekļus; pret podagras 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 (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 neilgumiestādē, 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 – 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
D1	50%	150 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, 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, venirkļājumi);
- mutes, sejas un žokļu ķirurģiju;
- palīgīdzekļus (piemēram: nakts kapes, bokseru šinas).

Papildu nosacījumi:

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