

PI; MP4 programmas apraksts un nelīgumiestāžu cenrādis

PI - pacienta līdzmaksājums, limits EUR 1000.00

Pacienta līdzmaksājums par ambulatoru apmeklējumu

Pacienta līdzmaksājums atbilstoši spēkā esošiem MK noteikumiem 100% apmērā

- 1) pacienta līdzmaksājums par ģimenes ārsta un sekundārās ambulatorās veselības aprūpes ārsta ambulatoru apmeklējumu;
- 2) pacienta līdzmaksājums par ambulatori veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem un operācijām;
- 3) pacienta līdzmaksājums par ģimenes ārsta mājas vizīti.

Pacienta līdzmaksājums par ārstēšanos stacionārā

Pacienta līdzmaksājums atbilstoši spēkā esošiem MK noteikumiem 100% apmērā

- 1) pacienta līdzmaksājumi par ārstēšanos diennakts vai dienas stacionārā;
- 2) pacienta līdzmaksājumi par stacionāri veiktajiem diagnostiskajiem izmeklējumiem;
- 3) pacienta līdzmaksājumi par katru dienas stacionārā veikto operāciju;
- 4) pacienta līdzmaksājumi par medicīnisko rehabilitāciju;
- 5) pacienta līdzmaksājumi par vienā stacionārās reizē operāciju zālē veiktajām ķirurģiskajām operācijām;

MP 4 – Maksas ambulatorie un stacionārie medicīniskie pakalpojumi, limits EUR 4000.00

Visi programmā iekļautie maksas ambulatorie un stacionārie medicīniskie pakalpojumi visās Baltijas Apdrošināšanas Nams līgumiestādēs tiek apmaksāti 100% apmērā.

Maksas ambulatorie pakalpojumi

Bez ārstējošā ārsta nosūtījuma:

- 1) ārstu speciālistu konsultācijas (tajā skaitā **dermatologa, alergologa, flebologa**, ķirurga, neirologa, urologa, traumatologa, ginekologa, endokrinologa, kardiologa, reimatologa, nefrologa, gastroenterologa, otolaringologa, oftalmologa, pulmanologa, **ortopēda, sporta ārsta u.c.** konsultācijas) un maksas ģimenes ārsta konsultācijas. Pirmreizēja fizioterapeita vai rehabilitācijas un fizikālās medicīnas ārsta konsultācija;
- 2) **augsti kvalificētu speciālistu** (profesoru, docentu, nodaļas vadītāju) konsultācijas, 1 (vienas) konsultācijas limits EUR 50.00;
- 3) ārstniecības personu mājas vizītes un to laikā sniegtie medicīniskie pakalpojumi;
- 4) valsts un privātās neatliekamās medicīniskās palīdzības pakalpojumi;
- 5) ar darba specifiku saistītās valsts noteiktās obligātās veselības pārbaudes, darba pienākumu izpildei nepieciešamajā apjomā, saskaņā ar spēkā esošajiem MK noteikumiem;
- 6) veselības pārbaudes medicīniskās dokumentācijas noformēšanai (autotransporta vadīšanai, ieroču nesāšanas atļaujai, mācību iestādes apmeklēšanai).

Ar ārstējošā ārsta nosūtījumu:

- 7) ārstnieciskās manipulācijas (tajā skaitā injekcijas (**t.sk. intraviterālas injekcijas**), infūzijas, blokādes, punkcijas, pārsiešanas, manipulācijas ginekoloģijā, ķirurģijā, LOR, oftalmoloģijā, **fleboloģijā un dermatoloģijā u.c.**) un **pēdu aprūpe** cukura diabēta pacientiem;
- 8) plaša spektra laboratoriskie, instrumentālie un cita veida diagnostiskie izmeklējumi (tajā skaitā elektrokardiogrāfija, ehokardiogrāfija, holtera monitorings, elptests, scintigrāfija, orgānu un ķermeņa daļu rentgena izmeklējumi, osteodensitometrija, mamogrāfija, dažādi ultraskaņas izmeklējumi, fibrogastroskopija, pārējie endoskopiskie izmeklējumi (**t.sk. kapsulas endoskopija**), datortomogrāfija (CT) (viens izmeklējums periodā), magnētiskā rezonanse (MRI) (viens izmeklējums periodā), **izdevumi par izmeklējumu laikā lietotām kontrastvielām u.c.**);
- 9) fizikālās terapijas procedūras (**t.sk. triecienviļņu terapija, lāzerterapija un baroterapija**) ar lmitu par vienu procedūru EUR 7.00;
- 10) ***Ambulatorā rehabilitācija, limits EUR 90.00** apdrošināšanas periodā:
 - a. ārstnieciskā vingrošana individuāli un grupās ;
 - b. ārstnieciskā masāža vai manuālā terapija ;
 - c. ūdensprocedūras (zemūdens masāža, ārstnieciskās vannas un dušas) ;
 - d. fizioterapeita, rehabilitologa, fizikālās medicīnas ārsta un **osteopāta** konsultācijas un pakalpojumi (ar apmaksu pēc čekiem);

*Maksas stacionārā ārstēšana

Pakalpojumi diennakts un dienas stacionārā ar ārstējošā ārsta nosūtījumu:

- 1) ārstēšanās stacionārā, t.sk. paaugstināta servisa apstākļos, ja tādus nodrošina ārstniecības iestāde;
- 2) ārstu - speciālistu konsultācijas;
- 3) ārstnieciskās manipulācijas, laboratoriskie, instrumentālie un cita veida diagnostiskie izmeklējumi;
- 4) plānveida maksas operācijas;

Atlīdzības limits par vienu saslimšanas gadījumu EUR 750.00

Pirms maksas stacionāro pakalpojumu saņemšanas (vismaz 5 dienas iepriekš), Apdrošinātai personai jāuzrāda Apdrošinātājam ārstējošā ārsta nosūtījums un pakalpojumu izmaksu tāme (dokumentiem jābūt noformētiem atbilstoši dokumentā „garantijas vēstule izsniegšanas kārtība” norādītajai informācijai). Pamatojoties uz iepriekš minētajiem dokumentiem Apdrošinātājs pieņem lēmumu par garantijas vēstules izsniegšanu ārstniecības iestādei.

Apdrošinātājs programmas ietvaros neapmaksā:

- 1) trihologa, logopēda, homeopāta, dietologa, imunologa, ergoterapeita, tehniskā ortopēda, miega slimību speciālista konsultācijas;
- 2) laboratoriskos izmeklējumus – antivielu un antigēnu diagnostiku, markierus, antioksidantu diagnostiku, hormonu un vitamīnu (izņemot vairogdziedzera hormonu un D vitamīnu) izmeklējumus, medikamentu monitorēšanu, histoloģiju, alergēnu diagnostiku, ģenētiskās analīzes, bakterioloģisko izmeklēšanu;
- 3) vakcināciju.

Cenrādis MP4 programmai par maksas pakalpojumiem, kuri saņemti ārpus Apdrošinātāja līgumiestādēm

SVARĪGI !!!

MP4 programmai visi polisē iekļautie pakalpojumi tiek apmaksāti 100% apmērā, ja pakalpojums ir saņemts līgumiestādē (t.sk. arī visās dārgajās iestādēs kā VC4 un ARS).

Šai programmai nav līgumiestādēs nenopirkto pakalpojumu.

Cenrādis attiecas tikai uz nelīgumiestādēm.

Arī gadījumos, kad pakalpojumus līgumiestādē nav pieejams ar bezskaidras naudas norēķinu, tas pēcāk tiek kompensēts pēc čeka un **pilnā apmērā nevis pēc cenrāža.**

Pakalpojums	EUR
Ārsta mājas vizīte	50.00
Konsultācija pie profesora, docenta, nodaļas vadītāja	50.00
Pirmreizēja konsultācija pie maksas ģimenes ārsta vai maksas speciālista	30.00
Atkārtota konsultācija pie maksas ģimenes ārsta vai maksas speciālista	30.00
Ar darba specifiku saistītās obligātās veselības pārbaudes	100%
Medicīniskās izziņas	30.00
Datortomogrāfija (CT) bez kontrastvielas	80.00
CT angiogrāfija bez kontrastvielas	100.00
Datortomogrāfija (CT) ar kontrastvielu	130.00
CT angiogrāfija ar kontrastvielu	150.00
Magnētiskās rezonanses izmeklēšana (MRI) bez kontrastvielas	100.00
MRI angiogrāfija bez kontrastvielas	130.00
Magnētiskās rezonanses izmeklēšana (MRI) ar kontrastvielu	160.00
MRI angiogrāfija ar kontrastvielu	180.00
Scintigrāfija	120.00
Elektrokardiogrāfija	15.00
Ehokardiogrāfija	30.00
Holtera monitorēšana	30.00
Elptests	30.00
Rentgenogramma 1 plaknē	15.00
Rentgenogramma vairākās plaknēs	30.00
Fluorogramma	15.00
Mammogrāfija	30.00
Gremošanas trakta izmeklēšana ar kontrastvielu	50.00
Osteodensitometrija – kaulu blīvuma noteikšana	22.00
Ultrasonogrāfija	30.00
Asinsvadu ultrasonogrāfiska vai doplerogrāfiska izmeklēšana	30.00
Elektroencefalogrāfija, neiromogrāfija	30.00
Fibrogastroskopija	80.00
Kolposkopija	15.00
Endoskopiski zarnu trakta izmeklējumi	80.00
Endoskopiski urīnceļu izmeklējumi	80.00

Endoskopiski LOR izmeklējumi	80.00
Intramuskulāra injekcija	8.00
Intravenoza injekcija	10.00
Intravenoza sistēma	15.00
Blokādes, locītavu punkcija	20.00
Ārstnieciskās manipulācijas ķirurģijā, ginekoloģijā, uroloģijā	30.00
Ārstnieciskās manipulācijas LOR un oftalmoloģijā	15.00
Biopsija histoloģiskai audu izmeklēšanai	15.00
Ārstnieciskās manipulācijas dermatoloģijā	15.00
Ārstnieciskās manipulācijas kardioloģijā, pulmanoloģijā, terapijā	15.00
Fizikālās terapijas procedūras – 1 reize	7.00
Ārstnieciskā masāža - 1 reize	Līgumiestādēs 100%, nelīgumiestādēs 10.00*
Ārstnieciskā vingrošana individuāli vai grupās - 1 reize	Līgumiestādēs 100%, nelīgumiestādēs 10.00*
Ūdensprocedūras - 1 reize	Līgumiestādēs 100%, nelīgumiestādēs 10.00*
Citi ambulatorās rehabilitācijas pakalpojumi	100% apmērā apakšlimita ietvaros*
Laboratoriskie izmeklējumi	100%
Valsts neatliekamā medicīniskā palīdzība	75.00
Privātā neatliekamā medicīniskā palīdzība	75.00
Maksas stacionāra pakalpojumi, serviss	750.00*
Maksas plānveida operācijas	750.00*

* Pakalpojumi tiek apmaksāti, ja tie iekļauti Apdrošināšanas programmā

Izvēles programmas

Z – zobārstniecības pakalpojumi (Nepiemērojot cenrādi par nelīgumiestādēs saņemtajiem pak.)

Programmā norādītā limita un procentu apmērā no pakalpojuma cenas tiek apmaksāts:

- 1) mutes dobuma higiēna 1 reizi apdrošināšanas periodā;
- 2) konsultācijas un rentgena diagnostika (**t.sk. ortopantogramma**);
- 3) neatliekamā palīdzība akūtu zobu sāpju gadījumā;
- 4) terapeitiskie pakalpojumi;
- 5) ambulatori ķirurģiskie pakalpojumi;
- 6) **periodonta (smaganu) slimību ārstēšana;**

Zobārstniecības pakalpojumu saņemšanai ar atlaidi, Apdrošinātāja līgumiestādēs nepieciešams uzrādīt veselības apdrošināšanas karti un personu apliecinošu dokumentu.

Zobārstniecības pakalpojumiem noteiktais apmaksas procents un limits norādīts Veselības apdrošināšanas polisē, uz Veselības apdrošināšanas kartes un Apdrošinātai personai izsniegtajos programmu aprakstos.

Par Zobārstniecības programmas limita ievērošanu ir atbildīga Apdrošinātā persona. Limita atlikumu Apdrošinātā persona var noskaidrot, sazinoties ar *Baltijas Apdrošināšanas Nams* Atlīdzību departamentu.

Apdrošinātājs programmas ietvaros neapmaksā:

- 1) zobu kariesa profilaksi ar silantiem un fluorprotektoru;
- 2) zobu kosmētisko ārstēšanu;
- 3) zobu implantus un ar implantoloģiju saistītos pakalpojumus;
- 4) zobu protezēšanu (t.sk. piecu virsmu plombēšanu un zoba kroņa atjaunošanu) un ortodontiju;

Veselības apdrošināšanas pakalpojumu apmaksas kārtība

1. Saņemot apdrošināšanas programmā iekļautos pakalpojumus Apdrošinātāja līgumiestādēs, atbilstoši starp Apdrošinātāju un Pakalpojuma sniedzēju savstarpēji noslēgtajam līgumam, pakalpojuma tiešu apmaksu veic Apdrošinātājs.
2. Gadījumos, ja kādā no līgumiestādēm par polisē iekļauto pakalpojumu ir jānorēķinās no personīgajiem līdzekļiem, čeki par veiktajiem maksājumiem ir jāiesniedz Apdrošinātājam. Apdrošināšanas atlīdzība par šiem maksājumiem tiek aprēķināta atbilstoši izvēlētajām apdrošināšanas programmām un polises nosacījumiem.
3. Gadījumos, ja sniegtais pakalpojums nav ietverts līgumiestādei apmaksājamo pakalpojumu sarakstā, atmaksājamās Apdrošināšanas atlīdzības apmērs tiek aprēķināts saskaņā ar noslēgtā Apdrošināšanas līguma nosacījumiem.
4. Dokumenti apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai iesniedzami tiklīdz tas kļuvis iespējams, bet ne vēlāk kā 30 dienas pēc apdrošināšanas perioda beigām.
5. Dokumentus apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai **var iesniegt BAN mobilajā aplikācijā, BAN Portālā: www.ban.lv/portal/**, Apdrošinātāja birojā, nosūtīt pa pastu vai uz e-pastu veseliba@ban.lv.
6. Piesakot atlīdzību elektroniski, Apdrošinātā persona aņemas nepieprasīt kompensāciju no citām institūcijām par Apdrošinātāja atlīdzināto izdevumu daļu (t.sk. kompensāciju no Valsts ieņēmumu dienesta). Ja apdrošinātā persona no citām personām ir ir saņēmusi to izdevumu kompensāciju, ko apdrošināšanas līguma ietvaros jau ir kompensējis apdrošinātājs, apdrošinātājai personai ir pienākums nekavējoties, tiklīdz ir saņemta šāda atlīdzība, atmaksāt to apdrošinātājam.
7. Apdrošinātājs nodrošina čeku apmaksu:
 - 2 (divu) līdz 5 (piecu) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas ja dokumenti ir iesniegti elektroniski izmantojot BAN mobilo aplikāciju vai BAN portālu.
 - 5 (piecu) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas ja dokumenti ir iesniegti klātienē, pa pastu vai sūtīti uz e pastu.
8. Apdrošināšanas atlīdzību var saņemt ar pārskaitījumu uz Apdrošinātās personas norādīto bankas kontu.

Izņēmumi

1. Apdrošinātājs neizmaksā apdrošināšanas atlīdzību par:
 - 1.1. medicīnas precēm un medicīniskajām ierīcēm (t.sk., ortozēm, ģipšiem, protēzēm, implantiem, krukļiem, ratiņkrēsliem, ortopēdiskajām zolītēm, kompresijas zeķēm, rentgena bildēm), audu aizstājējamajiem materiāliem, izmeklējumu ierakstiem datu nesējā vai glabātuvē, vienreiz lietojamajām medicīnas tehnoloģijām (t.sk. šuvējiem, skalpeļiem, lāzera stīgām u.c.);
 - 1.2. sociālo un mājas aprūpi, dokumentu noformēšanu, medicīnas transporta pakalpojumiem, informatīvajām nodarbībām un lekcijām (diabēta, grūtnieču u.c.);
 - 1.3. polisomnogrāfiju, plazmaferēzi, dialīzi, limfodrenāžu, skleroterapiju, podometriju, podiatriju (izņemot medicīniski diagnosticēta cukura diabēta gadījumā), ekg ar veloergometriju izņemot gadījumus, kad šo pakalpojumu apmaksu paredz apdrošināšanas programma;
 - 1.4. atkarību ārstniecību un ar to saistītus izdevumus;
 - 1.5. šādām maksas operācijām: vēnu (t.sk. hemoroidālo), redzes korekcijas operācijām un kataraktas operācijām, saišu plastiku, bariatriskām operācijām, orgānu transplantāciju;
 - 1.6. maksas medicīnas pakalpojumiem, kas saistīti ar onkoloģisko slimību (izņemot par pakalpojumiem, kas saņemti līdz diagnozes noteikšanai), kaulu un saistaudu deformāciju, deģeneratīvu slimību un iedzimtu patoloģiju ārstniecību;
 - 1.7. neauglības diagnostiku un ārstēšanu, ginekoloģiskajām laparoskopijām, ģimenes plānošanu, mākslīgo apaugļošanu, kontracepciju, ar grūtniecības norisi un maksas dzemdību palīdzību saistītiem pakalpojumiem, t.sk., arī par ar visiem šiem pakalpojumiem saistītajiem izdevumiem, izņemot gadījumus, kad to paredz apdrošināšanas programma;
 - 1.8. ārstēšanos (t.sk. diagnostiku) maksas stacionārā, ja slimību ir iespējams ārstēt/diagnosticēt ambulatori;
 - 1.9. veselības apdrošināšanas noteikumos Nr. 08.03. minētajiem neapmaksājamiem pakalpojumiem un gadījumi;