

MAKSAS STACIONĀRO PAKALPOJUMU SASKAŅOŠANAS UN GARANTIJAS VĒSTULES IZSNIEGŠANAS KĀRTĪBA.

Lai saņemtu apdrošināšanas programmā iekļautos maksas stacionāros (tai skaitā dienas stacionāra) pakalpojumus, pirms attiecīgā pakalpojuma saņemšanas ir nepieciešams šos pakalpojumus saskaņot ar Apdrošinātāju un saņemt Apdrošinātāja apstiprinātu garantijas vēstuli par noteikta pakalpojuma apmaksu noteiktā ārstniecības iestādē.

Lai Apdrošinātājs varētu pieņemt lēmumu par maksas stacionāro pakalpojumu saskaņošanu un izsniegt garantijas vēstuli, apdrošinātai personai, vismaz 5 (piecas) darba dienas pirms paredzētā pakalpojuma saņemšanas ir nepieciešams iesniegt Apdrošinātājam sekojošus dokumentus:

1. Ārstējošā ārsta nosūtījumu (nosūtījums var būt uz formas 027/U, vai arī uz citas, līdzvērtīgas, ārstniecības iestādes izsniegtas veidlapas).

Ārsta nosūtījumā **obligāti** ir jābūt norādītai šādai informācijai:

- 1.1. Ārstniecības iestādes nosaukums, uz kuru tiek nosūtīts pacients.
- 1.2. Pacienta Vārds, Uzvārds, personas kods, adrese.
- 1.3. Darbavieta, nodarbošanās.
- 1.4. Pilna klīniskā diagnoze, kā arī diagnozes kods (pēc SSK 10 klasifikatora).
- 1.5. Blakus slimības un sarežģījumi (ja tādi ir).
- 1.6. **Īsa slimības anamnēze.**
- 1.7. **Diagnostiskie izmeklējumi, kuri ir veikti saistībā ar uzstādīto diagnozi.**
- 1.8. **Iepriekšējā slimības ārstēšana.**
- 1.9. Ārstnieciskie norādījumi, kuros tiek precizēts, kāda tieši stacionārā ārstēšana pacientam ir paredzēta. Ja ir paredzēta operācija, tad jānorāda precīzs operācijas nosaukums.
- 1.10. Datums, kurā paredzēts sākt ārstēšanu.
- 1.11. Persona, kura izsniedza nosūtījumu.
- 1.12. Datums, kurā nosūtījums tika aizpildīts.

2. Aptuvenā izmaksu tāme par nozīmētajiem pakalpojumiem stacionārā.

Ja augstāk uzskaitītie dokumenti netiek korekti aizpildīti, vai ir aizpildīti nepilnīgi, tad Apdrošinātājs ir tiesīgs pieprasīt no apdrošinātās personas papildinformāciju, kuru apdrošinātai personai ir pienākums iesniegt.

Gadījumā, ja Apdrošinātāja pieprasītā informācija netiek iesniegta savlaicīgi, vai ir nekorekti un/vai nepilnīgi aizpildīta, Apdrošinātājs ir tiesīgs neveikt pakalpojuma saskaņošanu un neizsniegt garantijas vēstuli.

Visus augstāk minētos dokumentus apdrošinātā, vai jebkura cita persona, kura darbojas apdrošinātās personas interesēs, var iesniegt visās AAS „Baltijas Apdrošināšanas Nams” filiālēs, nosūtīt dokumentus pa pastu, kā arī iesniegt tos elektroniskā veidā (pa e-pastu vai faksu).

Apdrošinātājs informē apdrošināto personu par pieņemto lēmumu, 5(piecu) darba dienu laikā pēc visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas, pa norādīto tālruņa numuru vai nosūta ziņojumu uz norādīto e-pasta adresi.