|  |  |
| --- | --- |
|  | **Pielikums Nr.2** Iepirkuma nolikumam  “Latvijas Universitātes Cietvielu fizikas institūta darbinieku veselības apdrošināšana”  Identifikācijas Nr. LU CFI 2019/21 |
|  |  |

Tehniskās specifikācijas prasības / Tehniskais piedāvājums

Pasūtītāja izvirzītās prasības **veselības apdrošināšanas līguma/ apdrošināšanas polises** funkcionalitātei (Tabulas I daļa) un veselības aprūpes pakalpojumiem (veselības apdrošināšanas programmu kvalitātei, Tabulas II daļa), kas jānodrošina Pretendentam, aizpildot un iesniedzot tehnisko piedāvājumu saskaņā ar tabulā minētajām prasībām.

***Tehniskās specifikācijas prasību neiekļaušana piedāvājumā vai to neizpildīšana ir pamats Pretendenta izslēgšanai no dalības atklāta konkursa procedūrā.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Pasūtītāja izvirzītās Tehniskās specifikācijas prasības** | Pretendenta **apliecinājums katras prasības izpildei** **un precīza atsauce uz tehniskajam piedāvājumam pievienotajiem dokumentiem**, norādot, kur minēto informāciju var atrast (Pretendenta piedāvājuma lappuse, punkts, apakšpunkts un pievienotā dokumenta nosaukums, kurā skaidri un nepārprotami norādīta prasības izpilde).  Ja attiecīgās prasības izpildi apliecinošā informācija nav pieejama piedāvājumam pievienotajos dokumentos, **pretendenta apraksts, kā tiks nodrošināta attiecīgās prasības izpilde.** |
| **I daļa Vispārējās Pasūtītāja prasības**  **veselības apdrošināšanas līguma/ apdrošināšanas polises funkcionalitātei:** | | |
| **1.** | Paredzamais apdrošināmo darbinieku skaits - 155 darbinieki (precīzs darbinieku skaits tiks precizēts Līguma slēgšanas brīdī), nenosakot vecuma un citus ierobežojumus. |  |
| **2** | Pretendentam ir jānodrošina Pasūtītāja visu apdrošināto personu veselības apdrošināšana visā Latvijas Republikas teritorijā, 24 stundas diennaktī, nodrošinot iespēju iegādāties programmās norādītos pakalpojumus visās ārstniecības iestādēs, kas reģistrētas LR Ārstniecības reģistrā, brīvu ārstniecības iestāžu izvēli, neierobežojot saņemto pakalpojumu skaitu un periodiskumu. |  |
| **3** | Pretendentam jānodrošina iespēja apdrošināto personu (darbinieku) radiniekiem (t.sk. laulātajam, kopdzīves partnerim, bērniem, vecākiem) un bijušajiem Pasūtītāja darbiniekiem, kuri izbeiguši darba tiesiskās attiecības sakarā ar aiziešanu pensijā, iegādāties veselības apdrošināšanas polisi no personīgiem līdzekļiem, nodrošinot līdzvērtīgu polises segumu, nenosakot vecuma un citus ierobežojumus. |  |
| **4** | Pretendents akceptē, ka Tehniskās specifikācijas prasības (t.sk., apdrošināšanas summas, limiti u.c.) attiecas uz 1 (vienu) apdrošināšanas līguma (Polises) darbības periodu, par kuru tiek izsniegtas veselības apdrošināšanas kartes. |  |
| **5** | Pretendentam jānodrošina, ka visi Tehniskās specifikācijas iekļautie pakalpojumi un prasības ir spēkā uz Piedāvājuma iesniegšanas dienu. |  |
| **6** | Pretendents akceptē, ka Pasūtītājs patur tiesības pārliecināties pie pakalpojuma sniedzēja (piem., ārstniecības iestādes, aptiekas) par Pretendenta iesniegtā piedāvājumā iekļauto pakalpojumu funkcionalitāti. |  |
| **7** | Pretendentam ir jānodrošina apdrošinātajām personām ārstniecisko pakalpojumu pieejamība arī pirms Līguma darbības sākuma diagnosticētām slimībām (t.sk., arodsaslimšanas) un traumām, t.sk., traumām, kas iegūtas sporta vai fizisku aktivitāšu rezultātā. |  |
| **Atbilstoši Pasūtītāja izvirzītajām minimālajām prasībām Pretendentam ir jāgarantē sekojoša veselības karšu** **funkcionalitāte:** | | |
| **8** | Apdrošinājuma summa netiek dalīta starp ambulatorajiem un stacionārajiem pakalpojumiem, izņemot Tehniskajā specifikācijā norādītos apakšlimitus un apmaksas summas. |  |
| **9** | Norēķini par veselības aprūpes pakalpojumiem ārstniecības iestādēs, kuras Pretendents ir norādījis kā savas līgumorganizācijas, t.i., ārstniecības organizācijas, ar kurām Pretendentam ir noslēgti sadarbības līgumi (līgumorganizācija) par pakalpojumu grupām, kas ir iekļauti Pretendenta apmaksājamo pakalpojumu sarakstā, notiek ar veselības apdrošināšanas karti, bezskaidras naudas norēķina veidā. |  |
| **10** | Pakalpojumi, kas iekļauti veselības apdrošināšanas programmā un saņemami ārstniecības organizācijās, ar kurām Pretendentam ir noslēgti sadarbības līgumi (līgumorganizācija), tiek apmaksāti 100% apmērā, neparedzot piemaksas par pakalpojumu, ierobežojumus pakalpojumu skaitam, periodiskumam, saskaņā ar Tehniskajā piedāvājumā definēto. |  |
| **11** | Pretendentam jānodrošina bezskaidras naudas norēķina veidā (ar veselības apdrošināšanas karti) saņemt maksas ambulatorās aprūpes pakalpojumus vismaz **500** (pieci simti) līgumorganizācijās Latvijas Republikas teritorijā, t.sk. ģimenes ārstu prakses. |  |
| **12** | Pretendentam ir jānodrošina bezskaidras naudas norēķina veidā (saņemt pakalpojumu, uzrādot veselības apdrošināšanas karti) **ne mazāk kā vienā līgumorganizācijā Rīga,** kas nodrošina plaša profila pieejamību maksas ambulatoriem un stacionāriem pakalpojumiem, kā minimums, vismaz trīs dažādu ārstniecības nozaru ārstu-speciālistu konsultācijas, vismaz trīs dažādus diagnostiskos (instrumentālos) izmeklējumus, vismaz trīs dažādus fizikālās terapijas procedūru veidus, plaša apjoma laboratoriskos izmeklējumus un maksas stacionāros pakalpojumiem, kā minimums terapeitiskās ārstēšanas saņemšanas un/  vai maksas operāciju veikšanas iespējas vismaz trīs dažādās klīniskās terapijas nozarēs. |  |
| **13** | Pretendents nodrošina, **ka apmaksa 100%apmērā bezskaidras naudas norēķina veidā, uzrādot veselības apdrošināšanas karti, nodrošina saņemt VISUS programmā iekļautos pakalpojumus**  **attiecīgajā pakalpojumu grupā ( ja to piedāvā ārstniecības iestāde) :**   * Ārstu-speciālistu konsultācijas * Diagnostiskie izmeklējumi, t.sk., dārgie diagnostiskie pakalpojumi * Ārsta veiktas manipulācijas un izmeklējumi * Grūtnieču aprūpe * Fizikālās terapijas procedūras * Vakcinācijas pakalpojumi u.c.   **Vismaz šādās medicīnas iestādēs**:  SIA "Veselības centrs 4" un tā filiāles, SIA Medicīnas sabiedrība “ARS” un tā filiāles, SIA “MFD grupa” un tā visas filiāles, SIA “Veselības centru apvienība” un tā visas filiāles , SIA "Latvijas jūras medicīnas centrs" , SIA "Diplomātiskā servisa medicīnas centrs", SIA GASTRO , AS Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcas Konsultatīvā poliklīnika, Paula Stradiņa klīniskā universitātes slimnīca, Rīgas 1. slimnīca, SIA, Rīgas 2. slimnīca, Austrumu klīniskā universitātes slimnīca, SIA „Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīca” u.c. |  |
| **14** | Pretendentam jānodrošina laboratorisko izmeklējumu t.sk., apmaksa par materiālu paņemšanu, bezskaidras naudas norēķina veidā E.Gulbja laboratorijā un NMS laboratorijā visā Latvijas Republikā |  |
| **15** | Apdrošināšanas atlīdzība par veselības aprūpes pakalpojumiem, kas saņemti Pretendenta nelīgumorganizācijās tiks pārskaitīta apdrošinātās personas kontā ne vēlāk kā 3 (trīs) darba dienu laikā no nepieciešamo dokumentu saņemšanas dienas.  Pretendents nepiemēro atlīdzības apmēram pašrisku vai citus ierobežojumus, atkarībā no atlīdzības iesniegšanas veida. |  |
| **16** | Pretendentam jānodrošina maksas stacionāros pakalpojumus, maksas stacionāro rehabilitāciju saņemt pamatojoties uz Pretendenta izsniegtu garantijas vēstuli.  Garantijas vēstule jāizsniedz ne ilgāk kā 2 (divu) darba dienu laikā no brīža, kad saņemta nepieciešamā informācija no Apdrošinātās personas. |  |
| **17** | Atlīdzības pieteikumu par polisē iekļautajiem pakalpojumiem, apdrošinātā persona ir tiesīga iesniegt neierobežotā laikā pēc pakalpojuma saņemšanas visā polises darbības periodā un *30 (trīsdesmit)* kalendārās dienas pēc polises darbības beigu datuma un Pretendents neierobežo minimālo atlīdzības apmēru. |  |
| **18** | Apdrošināšanas atlīdzības pieteikumu par polisē iekļautajiem pakalpojumiem var iesniegt gan visās apdrošinātāja filiālēs vai pārstāvniecībās gan arī elektroniski (e-pastā, internetā, apdrošinātāja izstrādātā portālā apdrošinātajām personām vai telefona aplikācijā, ja tādu piedāvā Pretendents).  Iesniedzot atlīdzību elektroniski Pretendentam jānodrošina atlīdzību izmaksa 2 (divu) darba dienu laikā, no visu nepieciešamo dokumentu saņemšanas brīža. |  |
| **19** | Pretendents nodrošina detalizētu atlīdzības vēstules nosūtīšanu Apdrošinātajām personām ar skaidrojumu par atlīdzības samazinājuma iemesliem, atteikumu utml. Šāda informācija tiek nosūtīta Apdrošinātai personai uz Apdrošinātās personas norādīto adresi (pasta vai e-pasta) bez iepriekšēja pieprasījuma. |  |
| **20** | Pretendents nodrošina Apdrošinātai personai izziņas iesniegšanai Valsts Ieņēmumu dienestam nosūtīšanu 5 (piecu) darba dienu laikā pēc pieprasījuma saņemšanas par daļēji apmaksātiem pakalpojumiem. |  |
| **21** | Veselības apdrošināšanas karšu izgatavošana, dublikāta izgatavošana (sabojāšana, nozaudēšana, uzvārda maiņa), tiek veikta bez papildus maksas. |  |
| **22** | Pretendentam jānodrošina iespēju Pasūtītājam veikt izmaiņas apdrošināto personu sarakstā visā apdrošināšanas perioda laikā, izslēdzot no tā personas un pievienojot jaunas personas uz tādiem pašiem apdrošināšanas noteikumiem kā esošajiem darbiniekiem, pēc Pasūtītāja informācijas saņemšanas. Pretendentam, saņemot no Pasūtītāja informāciju par nepieciešamajām izmaiņām, 5 (piecu) darba dienu laikā jānodrošina iespēja saņemt veselības apdrošināšanas kartes. |  |
| **23** | Iekļaujot jaunas apdrošināmās personas, kā arī izslēdzot apdrošinātās personas no apdrošināmo saraksta, Pretendentam jāveic gada prēmijas pārrēķins proporcionāli atlikušajam periodam par pilniem mēnešiem (tas nozīmē, ka viena mēneša apdrošināšanas prēmija tiek noteikta kā 1/12 daļa no gada apdrošināšanas prēmijas).  Aprēķinot prēmijas atlikumu par izslēgtajām personām, izmaksātās atlīdzības u.c. administratīvie izdevumi netiek iekļautas aprēķinā.  Iekļaujot jaunas apdrošināmās personas, apdrošināšanas prēmijas maksājums notiek saskaņā ar polises prēmijas maksājumu grafiku (ceturkšņa maksājumi), prēmiju aprēķinot proporcionāli atlikušajam periodam. |  |
| **24** | Izmaiņas apdrošināto personu sarakstā (pievienošana sarakstam vai izslēgšana no apdrošināto saraksta) tiek veiktas, nosūtot Pretendentam elektronisku informāciju par Apdrošināto personu, norādot sekojošu informāciju: vārds, uzvārds, personas kods, datums no / līdz kuram darbinieks ir apdrošināts. |  |
| **25** | Pretendentam, saņemot no Pasūtītāja informāciju par apdrošināto personu izslēgšanu no apdrošināto personu saraksta, jānodrošina informācija par attiecīgā darbinieka attiecināmo apdrošināšanas prēmijas summu (samaksātā prēmijas daļa EUR) attiecīgajā kalendārajā gadā, iesniegšanu 1 (vienas) darba dienas laikā elektroniskā formā. |  |
| **26** | Pretendents iesniedz Pasūtītājam informāciju par samaksātajām apdrošināšanas prēmijām / prēmiju daļām, katrai Apdrošinātai personai, par attiecīgo kalendāro gadu elektroniskā formā 10 (desmit) darba dienas pirms kalendārā gada un Līguma darbības beigām, norādot sekojošu informāciju: vārds, uzvārds, personas kods, datumu no kura darbinieks ir apdrošināts, datumu līdz kuram darbinieks ir apdrošināts, samaksāto apdrošināšanas prēmiju /prēmijas daļu, attiecināmo apdrošināšanas prēmijas daļu |  |
| **27** | Pretendents nodrošina periodisku informācijas nosūtīšanu Pasūtītājam par apdrošināšanas atlīdzību statistiku pēc Pasūtītāja pieprasījuma saņemšanas. |  |
| **28** | Pretendents garantē nevērsties pret Pasūtītāju, cik tas nav pretrunā ar likumu “Par apdrošināšanas līgumu”, gadījumos, ja apdrošinātā persona noslēgtā apdrošināšanas līguma (polises) ietvaros ir pārtērējusi apdrošinājuma summas un limitus, saņēmusi ārstnieciskos pakalpojumus, kas nav paredzēti apdrošināšanas programmā, kā arī, ja apdrošinātā persona saņēmusi ārstnieciskos pakalpojumus pēc veselības kartes darbības pārtraukšanas. |  |
| **II daļa Pasūtītāja izvirzītās prasības veselības aprūpes pakalpojumiem**  **(veselības apdrošināšanas programmas kvalitāte)** | | |
| **1.** | **PAMATPROGRAMMĀ OBLIGĀTI IEKĻAUJAMIE AMBULATORĀS UN STACIONĀRĀS VESELĪBAS APRŪPES PAKALPOJUMI** | |
| **1.1.** | Kopējais apdrošināšanas limits **ne mazāks kā 2500** EUR (divi tūkstoši pieci simti eiro) | |
| **1.1.1.** | **Pacienta iemaksa.** Ambulatorā un stacionārā diagnostika un ārstēšana par valsts noteiktajām pacienta iemaksām, kas spēkā ar MK noteikumiem, ar primārās aprūpes ārsta vai speciālista nosūtījumu, ieskaitot pacienta līdzmaksājumu par vienā stacionēšanās reizē veiktu ķirurģisku operāciju, tiek apmaksāta 100% apmērā. |  |
| **1.1.2.** | **MAKSAS AMBULATORĀ VESELĪBAS APRŪPE.**  **Maksas ambulatorie pakalpojumu** **minimālais limits 1000,00 EUR** (viens tūkstotis *eiro)*  **Maksas ambulatorie pakalpojumi, Pretendenta līgumumorganizācijās tiek apmaksāti 100% apmērā, nenosakot piemaksu no personīgiem līdzekļiem par saņemto pakalpojumu.**  **Ārpus Pretendenta līgumorganizācijām (nelīgumorganizācijā) ne mazāk kā norādītajos limitos**: |  |
| **1.1.2.1.** | **Ārstu – speciālistu, maksas ģimenes ārstu** **konsultācijas**  t.sk., homeopāta, dermatologa, alergologa, onkologa u.c., apmaksa līgumorganizācijās 100% apmērā par pakalpojumu, nelīgumorganizācijās apmaksa par pakalpojumu nedrīkst būt zemāka kā **30.00** **EUR** (trīsdesmit *eiro*)par apmeklējuma reizi, neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **1.1.2.2.** | **Paaugstinātas kvalifikācijas speciālistu** , t.sk., docentu, profesoru konsultācijas apmaksa līgumorganizācijās 100% apmērā par pakalpojumu, nelīgumorganizācijās apmaksa par pakalpojumu nedrīkst būt zemāka kā **30.00** **EUR** (trīsdesmit *euro*) par apmeklējuma reizi, neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **1.1.2.3.** | **Ārstu mājas vizītes**, t.sk. ģimenes ārstu, maksas ģimenes ārstu, terapeitu u.c. apmaksa līgumorganizācijās 100% apmērā par pakalpojumu, nelīgumorganizācijās apmaksa par pakalpojumu nedrīkst būt zemāka kā **30.00** **EUR** (trīsdesmit *euro*) par apmeklējuma reizi, iekļaujot ceļa izdevumus un mājas vizīšu laikā sniegtos pakalpojumus, neierobežojot konsultāciju reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **1.1.2.4.** | **Maksas grūtnieču aprūpe** (ārstu konsultācijas, laboratoriskie un diagnostiskie izmeklējumi) kopējās apdrošinājuma summas ietvaros, saskaņā ar ārsta nozīmētajām indikācijām. Apmaksas nosacījumi līgumorganizācijās 100% apmērā par pakalpojumu, nelīgumorganizācijās apmaksa atbilstoši pakalpojumu grupas apmaksas limitam par pakalpojumu. |  |
| **1.1.2.5.** | **Ārstējošā ārsta nozīmētās manipulācijas** apmaksa par injekcijas, punkcijas u.c., par manipulācijām pie LOR, ginekoloģijā, ķirurģijā, oftalmoloģijā, dermatoloģijā , epidurālās blokādes u.c. apmaksa līgumorganizācijās 100% par vienu pakalpojumu, nelīgumorganizācijās apmaksa nedrīkst būt mazāka kā **20.00** **EUR** (divdesmit eiro) par pakalpojumu viena apmeklējuma reizē , neierobežojot periodiskumu un apmeklējuma reizes. |  |
| **1.1.2.6.** | **Medicīniskās apskates un izziņas**, t.sk. autovadītājiem, ieroču iegādes atļaujas saņemšanai u.c., apmaksa 100% apmērā, gan līgumorganizācijās, gan nelīgumorganizācijās |  |
| **1.1.2.7.** | **Ar darba specifiku un darba apstākļiem saistītās obligātās veselības pārbaudes,** t.sk. izbraukuma obligātās veselības pārbaudes iepriekš saskaņojot ar Pretendentu, saskaņā ar MK noteikumiem apmaksa 100% apmērā, gan līgumorganizācijās, gan nelīgumorganizācijās. |  |
| **1.1.2.8.** | **Ārstējošā ārsta nozīmēti plaša spektra laboratoriskie izmeklējumi,** t.sk. kardioloģiskie un onkomarķieri, antivielu noteikšana, t.sk. ērču encefalīta, Laima slimību diagnosticēšanai, alergēnu testi un paneļi, hormonālas analīzes, D vitamīna noteikšana u.c., kā arī maksa par analīžu noņemšanu un materiāliem, apmaksa 100% apmērā gan līgumorganizācijās, gan nelīgumorganizācijās, vienu reizi apdrošināšanas periodā katram izmeklējuma atsevišķi. |  |
| **1.1.2.9.** | **Ārstējošā ārsta nozīmēti plaša spektra diagnostiskie izmeklējumi - apmaksa 100% apmērā līgumorganizācijā, par pakalpojumu jebkurai ķermeņa zonai/ orgānam neierobežojot reižu skaitu, periodiskumu, noteiktās vai iespējamās diagnozes:** |  |
| **1.1.2.9.1.** | Izmeklējumi kā ultrasonogrāfijas, rentgenizmeklējumi, funkcionālā diagnostika t.sk., ehokardiogrāfija, veloergometrija, EKG, Holtera monitorēšana, osteodensitometrija u.c., apmaksa par pakalpojumu 100% apmērā līgumorganizācijā, nelīgumorganozācijā apmaksas par pakalpojumu nedrīkst būt mazāka kā **30.00** **EUR** (trīsdesmit eiro) par apmeklējuma reizi. |  |
| **1.1.2.9.2.** | Datortomogrāfija, magnētiskā rezonanse, scintigrāfijas izmeklējumi, endoskopiskie izmeklējumi (invazīvā attēla diagnostika) un citi dārgo tehnoloģiju izmeklējumi, t.sk. kontrastvielas un intravenozās \*narkozes izmaksas, kas vajadzīgas diagnostisko pakalpojumu saņemšanai,  apmaksa par pakalpojumu100% apmērā līgumorganizācijā, nelīgumorganizācijā apmaksas par pakalpojumu nedrīkst būt mazāka kā  **100,00 EUR** (viens simts *euro*), nenosakot citus apmaksas apakšlimitus par pakalpojumu. |  |
| **1.1.2.10.** | **Visu veidu Vakcinācija** **ar kopēju limitu ne mazāk kā 30.00** **EUR** (trīsdesmit euro) , neierobežojot reižu skaitu apdrošināšanas periodā un limitu par pakalpojumu, apmaksa 100% apmērā, gan līgumorganizācijās, gan nelīgumorganizācijās. |  |
| **1.1.2.11.** | **Ārstējošā ārsta nozīmētās fizikālās procedūras** (jebkura veida elektro-, siltuma-, ultraskaņas-, magnētiskā-, gaismas- jebkurai ķermeņa zonai/ orgānam) ar limitu ne mazāk kā **10,00 EUR** (desmit *euro*) par vienu procedūru, neierobežojot reižu skaitu un periodiskumu. |  |
| **1.1.2.12.** | Valsts un maksas neatliekamā medicīniskā palīdzība bez limita ierobežojuma, apmaksa 100% apmērā. |  |
| **1.1.3.** | **MAKSAS STACIONĀRĀ VESELĪBAS APRŪPE.**  **Maksas stacionāro pakalpojumu** **minimālais limits 1500,00 EUR** (viens tūkstotis pieci simti *eiro*) par vienu gadījumu, neierobežojot reižu skaitu, bez ierobežojumiem ārstniecības iestādes izvēlē un termiņā. |  |
| **1.1.3.2.** | Maksas pakalpojumi ar ārstējošā ārsta nosūtījumu:   1. ārstēšanās pakalpojumi diennakts vai dienas stacionārā (t.sk. diagnostika un konsultācijas), 2. plānveida vai neatliekamās operācijas diennakts vai dienas stacionārā, t.sk., glaukomas, kataraktas, neiroloģiskās, trūces (vēdera) operācijas, proktoloģiskās operācijas, degunu starpsienu operācijas mugurkaula un endoprotezēšanas u.c. operācijas 3. vēnu operācija ( jebkuras metodes) 1 kājai 1 reizi gadā , Pretendents drīkst norādīt pakalpojumu saņemšanas nosacījumus , 4. ārstēšanās paaugstināta servisa apstākļos. |  |
| **1.1.4.** | **MAKSAS STACIONĀRĀ VESELĪBAS APRŪPE**  **Maksas stacionārā rehabilitācija.**  Maksas stacionārā rehabilitācija ar ārstējošā ārsta nozīmējumu vienu reizi apdrošināšanas periodā 100% apmērā, limits ne mazāk kā 450,00 EUR (četri simts piecdesmit *euro*) gadā , nosakot pakalpojumu pieejamību ne tikai traumas vai smagas saslimšanas rezultātā, bet arī saslimšanas rezultātā, ja stacionārā pavadītas vismaz 5 dienas ar to pašu diagnozi. |  |
| **2.** | **PAMATPROGRAMMĀ IETVERTI ZOBĀRSTNIECĪBAS PAKALPOJUMI\*** | |
| **2.1.** | **Zobārstniecība un zobu higiēna ar 50% atlaidi**, ar apdrošinātajam atmaksājamo limitu **EUR 250** (divisimti piecdesmit *euro*) apdrošināšanas periodā  Apmaksājami visi zobārstniecības pakalpojumi, t.sk., zobu higiēnas pakalpojumi, neierobežojot ārstniecības iestādes izvēli, ārstēšanās periodiskumu, neiekļaujot citus pieejamības un apmaksas ierobežojumus līgumiestādēs un nelīgumiestādēs.. |  |
| **3.** | **PAMATPROGRAMMĀ IETVERTI AMBULATORĀS REHABILITĀCIJAS PAKALPOJUMI \*** |  |
| **3.1.** | norīkojumu **Maksas ambulatorā rehabilitācijas pakalpojumi** ar apdrošinātajam atmaksājamo limitu **EUR 100**  Ar ārstējošā ārsta, tajā skaitā ar ģimenes ārsta, norīkojumu **Maksas ambulatorā rehabilitācijas pakalpojumi**, t.i., jebkurai ķermeņa zonai masāžas, ūdens procedūras, manuālā terapija, ārstnieciskā vingrošana (grupās un individuāli), ar gada limitu ne mazāk kā EUR 150,00 (viens simts piecdesmit euro) apdrošināšanas periodā, neierobežojot saņemto pakalpojumu veidu pēc apdrošinātās personas izvēles, neierobežojot pakalpojumu saņemšanu ar konstatētajām diagnozēm (pirms līguma un/vai līguma periodā), neizvirzot papildus nosacījumus par iepriekšējiem izmeklējumiem pirms pakalpojumu saņemšanas un neierobežojot reižu skaitu. |  |

**\* Pretendentam nav obligāti šie pakalpojumi jāietver piedāvājumā, taču par šāda piedāvājuma nodrošināšanu pretendentam tiek piešķirti papildus punkti**

**Pretendentam Tehniskajā piedāvājumā jāpievieno**:

*Minēto dokumentu nepievienošana Tehniskajam piedāvājumam var būt iemesls, lai Pretendentu izslēgtu no atklātā konkursa procedūras.*

1. Veselības apdrošināšanas programmu apraksti, norādot precīzus Programmu nosaukumus un īpašos noteikumus atbilstoši Tehniskās specifikācijas prasībām.
2. Pakalpojumu cenrāži vai apmaksājamo summu apmēri, saņemot pakalpojumu ārpus Pretendenta līgumorganizācijām (nelīgumorganizācija), atbilstoši Tehniskās specifikācijas prasībām;
3. Veselības apdrošināšanas noteikumi un izmaiņas noteikumos, atbilstoši Tehniskās specifikācijas prasībām;
4. Atlīdzību saņemšanas kārtība, saņemot pakalpojumu nelīgumorganizācijā, atbilstoši Tehniskās specifikācijas prasībām;
5. Izmaiņu veikšanas kārtība apdrošināto personu sarakstā, atbilstoši Tehniskās specifikācijas prasībām;
6. Pretendenta nosacījumi Pasūtītāja darbinieku radinieku un veselības apdrošināšanai.
7. Pretendenta līgumorganizāciju saraksts, saskaņā ar Tehniskās specifikācijas prasībām.

|  |  |
| --- | --- |
| Pretendenta paraksttiesīgās vai pilnvarotās personas Vārds, uzvārds: |  |
| Amata nosaukums: |  |
| Paraksts: |  |
| Datums: |  |