



Veselības apdrošināšanas noteikumi Nr.14.9.

Spēkā no 2018.gada 22.augusta

1. Terminu un definīcijas

- 1.1. **Apdrošinātais** - fiziska persona (Latvijas Republikas pilsonis, pastāvīgais iedzīvotājs, persona ar pastāvīgās uzturēšanās atļauju Latvijas Republikā vai nerezidents), kuras labā ir noslēgts apdrošināšanas līgums.
- 1.2. **Darbinieks** - pie Apdrošinājumaņēmēja nodarbināta fiziska persona.
- 1.3. **Darbinieka ģimenes loceklis** - fiziska persona, kura radniecību ar Darbinieku var apliecināt dokumentāli.
- 1.4. **Apdrošināšanas objekts** - apdrošinātās personas veselība.
- 1.5. **Apdrošinājuma summa** - Līgumā noteiktā maksimālā naudas summa, par kuru apdrošināta katra apdrošinātā veselība, kas ir maksimālais Apdrošināšanas saistību apmērs, un kas, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, var tikt izmaksāta kā Apdrošināšanas atlīdzība.
- 1.6. **Ārstniecības iestāde** - ārstu prakses, valsts un pašvaldības iestādes, saimnieciskās darbības veicēji un komercsabiedrības, kas reģistrētas ārstniecības iestāžu reģistrā, atbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām un nodrošina ārstniecības pakalpojumus.
- 1.7. **Līgumiestāde** - iestāde vai uzņēmums, ar kuru Apdrošinātājs ir noslēdzis sadarbības līgumu par Apdrošināto personu apkalpošanu saskaņā ar apdrošināšanas programmu. Līgumiestāžu aktuālais saraksts ir publicēts mājas lapā www.gjensidige.lv.
- 1.8. **Ambulatorā iestāde** - ārstniecības iestāde, kur Apdrošinātais saņem primāro vai sekundāro ambulatorās veselības aprūpi, tai skaitā ārstniecību dienas stacionārā, pakalpojumus, kas neietver atrašanos diennakts stacionārā, kā arī rehabilitācijas pakalpojumus.
- 1.9. **Dienas stacionārs** - ārstniecības iestāde (dienas stacionārs), kur Apdrošinātais atrodas ilgāk par 4 stundām, kas neietver uzturēšanos pa nakti.
- 1.10. **Stacionārā iestāde** - ārstniecības iestāde (diennakts stacionārs), kur Apdrošinātais atrodas ilgāk par 24 stundām.
- 1.11. **Veselības veicināšanas iestāde** - iestāde, kas sniedz pakalpojumus veselības stāvokļa uzlabošanai un profilaksei (piemēram, sporta klubs).
- 1.12. **Pieteikums veselības apdrošināšanai** (turpmāk - Pieteikums) - Apdrošinājumaņēmēja aizpildīta veidlapa pirms veselības apdrošināšanas Līguma sagatavošanas, pamatojoties uz Apdrošinātāja sagatavotu veselības apdrošināšanas piedāvājumu.
- 1.13. **Iesniegums atlīdzības saņemšanai** (turpmāk - Iesniegums) - Apdrošinātāja noteikta forma apdrošināšanas atlīdzību pieteikšanai, ja Apdrošinātais ir veicis samaksu no personīgiem līdzekļiem par apdrošināšanas programmā paredzētiem pakalpojumiem.
- 1.14. **Apdrošināšanas programma** - Apdrošinājumaņēmēja izvēlēts un Līgumā noteikts veselības aprūpes pakalpojumu kopums un apmērs, kura apmaksu, iestājoties Apdrošināšanas gadījumam, pilnībā vai daļēji sedz Apdrošinātājs, Apdrošinājumaņēmēja izvēlētais Apdrošināšanas programmas ietvaros.
- 1.15. **Apdrošināto personu saraksts** - Apdrošinājumaņēmēja sagatavots un parakstīts dokuments, kurā norādīti Apdrošināto personu dati.
- 1.16. **Klienta individuālā apdrošināšanas karte** (turpmāk - Karte) - Apdrošinātāja izsniegts konkrēta parauga dokuments Apdrošinātājam, kas apliecina, ka Apdrošinātais tiesīgs saņemt Apdrošināšanas programmā paredzētos pakalpojumus.

2. Vispārīgie noteikumi

- 2.1. Apdrošināšana ir spēkā Latvijas Republikas teritorijā, ja Puses nav vienojušās citādi.
- 2.2. Apdrošināšanas līguma izpildē piemērojami šo noteikumu nosacījumi, ja Apdrošināšanas līgumā nav noteikts savādāk.

3. Apdrošināšanas līguma noslēgšana un prēmijas apmaksas kārtība

- 3.1. Apdrošināšanas Līgums tiek noslēgts pamatojoties uz riska informāciju, ko iesniedzis Apdrošinājumaņēmējs veselības apdrošināšanas piedāvājuma saņemšanai un Apdrošinātāja izsniegto piedāvājumu.
- 3.2. Apdrošināšana stājas spēkā datumā un laikā, kas norādīts Līgumā/Polisē, ar nosacījumu, ka Apdrošināšanas prēmijas vai tās pirmās daļas maksājums veikts Līgumā/Polisē norādītajā termiņā un apmērā.
- 3.3. Apdrošināšana ir spēkā līdz Apdrošināšanas perioda pēdējās dienas plkst. 24:00, ja Apdrošināšanas līgums nav izbeigts pirms termiņa.
- 3.4. Apdrošināšana ir spēkā tikai attiecībā uz Apdrošināšanas programmā paredzētiem pakalpojumiem, kas norādīti Līgumā/Polisē.
- 3.5. Apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas apmaksu jāveic ne vēlāk kā Līgumā/Polisē norādītajā datumā (maksājot prēmiju daļās - saskaņā ar Apdrošināšanas prēmijas apmaksas grafiku), neatkarīgi no tā, vai ir saņemts rēķins.
- 3.6. Apdrošinājumaņēmējam ir pienākums informēt Apdrošināto par aizliegumu lietot Karti no brīdinājuma par nepilnīgu Apdrošināšanas prēmijas samaksu saņemšanas dienas līdz dienai, kad veikta pilnīga Apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas apmaksu. Ja Apdrošinājumaņēmējs brīdinājumā noteiktā termiņā neveic Apdrošināšanas prēmijas apmaksu, tam ir pienākums atgriezt Apdrošinātājam visas izsniegtās Kartes 3 (trīs) darba dienu laikā no brīdinājumā norādītā termiņa dienas.
- 3.7. Ja Apdrošinājumaņēmējs neievēro noteikumu 3.6. punktā noteikto kārtību, tas, pamatojoties uz Apdrošinātāja atsevišķi piedādātu rēķinu, sedz izdevumus/ zaudējumus, kas radušies laikā, kad Kartes lietošana bija aizliegta.

4. Apdrošinātāja pienākumi un tiesības

- 4.1. Pienākumi
 - 4.1.1. 10 (desmit) darba dienu laikā pēc Līguma noslēgšanas izgatavot Apdrošinātājam personām Kartes un Apdrošināšanas programmas noteikumus un izsniegt tos Apdrošinājumaņēmējam kopā ar rēķinu apdrošināšanas prēmijas vai tās daļas samaksai;
 - 4.1.2. iestājoties apdrošināšanas gadījumam, izmaksāt Apdrošinātājam vai Līgumiestādei apdrošināšanas atlīdzību atbilstoši noslēgtā Līguma noteikumiem.
- 4.2. Tiesības
 - 4.2.1. pēc savstarpējas saskaņošanas ar Apdrošinājumaņēmēju, Apdrošināšanas programmu noteikumus nosūtīt elektroniski, neizsniedzot tos katrai Apdrošinātājai personai;
 - 4.2.2. piedzīt no Apdrošinātā vai Apdrošinājumaņēmēja radītos zaudējumus, kurus Apdrošinātais atsakās apmaksāt vai atgūt no Apdrošinātā izdevumus par nepamatoti apmaksātiem pakalpojumiem saskaņā ar noteikumu 6.1.8. punktu.
 - 4.2.3. izbeigt Kartes darbību, ja Apdrošinātājs konstatē, ka Karti ir izmantojusi cita persona un no Apdrošinātā piedzīt visus ar to radušos zaudējumus. Apdrošināšanas prēmija par šādā veidā izbeigtu Kartes darbību netiek atmaksāta;
 - 4.2.4. vienpusēji veikt grozījumus Līgumā, ja tiek konstatētas neatbilstības Apdrošinājumaņēmēja sākotnēji iesniegtajā informācijā;
 - 4.2.5. vienpusēji veikt grozījumus Līgumiestāžu sarakstā, nepasliktinot nosacījumus uz Līguma noslēgšanas brīdi. Attiecīgie grozījumi Apdrošinātājam ir saistoši no brīža, kad tie ir publicēti Apdrošinātāja mājas lapā interneta vietnē www.gjensidige.lv.

5. Apdrošinājumaņēmēja pienākumi

- 5.1. Pienākumi
 - 5.1.1. pirms Apdrošināšanas līguma noslēgšanas iesniegt Apdrošinātājam Pieteikumu un Apdrošināto personu sarakstu.



- 5.1.2. pēc Apdrošinātāja rakstiska pieprasījuma iesniegt Apdrošinātājam visus pieprasītos dokumentus, kas apliecina Apdrošinājumaņēmēja darbinieku skaitu vai satur citu informāciju, kas Apdrošinātājam nepieciešama, lai izvērtētu vai pārlicinātos par Apdrošinājumaņēmēja iesniegtā Apdrošināto personu saraksta atbilstību šiem noteikumiem.
- 5.1.3. iesniegt personīgi Apdrošinātājam Karti, saņemot parakstu par Kartes saņemšanu un informējot par Apdrošinātāja tiesībām apstrādāt personas datus, tai skaitā personas veselības datus, ar mērķi nodrošināt Apdrošināšanas līguma izpildi.
- 5.1.4. nekavējoties atgriezt Apdrošinātājam Kartes, ja Apdrošināšanas līgums tiek izbeigts vai konkrēto Apdrošinātā Karti, ja tās darbība tiek izbeigta vai noteikumu 3.6. punktā noteiktajā gadījumā.
- 5.1.5. segt Apdrošinātājam radītos zaudējumus vai atmaksāt izdevumus gadījumā, ja Apdrošinātais atsakās no noteikumu 6.1.8. punktā noteiktā pienākuma.
- 5.1.6. ja Līgumā nepieciešamas izmaiņas Apdrošināto skaitā (tas tiek palielināts vai samazināts), tās tiek veiktas saskaņā ar Apdrošināšanas līguma Pielikumā pievienoto izmaiņu veikšanas kārtību.

6. Apdrošinātā pienākumi un tiesības

- 6.1. Pienākums
 - 6.1.1. parakstīties par Kartes saņemšanu un iepazīšanos ar Apdrošinātā nosacījumiem.
 - 6.1.2. iepazīties ar Apdrošināšanas programmu un ievērot šos noteikumus. Pakalpojumu saņemšanu saskaņot ar Apdrošinātāju atbilstoši Apdrošināšanas programmā noteiktajai kārtībai un termiņiem.
 - 6.1.3. gadījumā, ja Karte daļēji vai pilnībā tiek apmaksāta no Apdrošinātā personīgajiem līdzekļiem, pienākums apmaksāt Apdrošinātāja iesniegto rēķinu par prēmijas apmaksu. Šajā gadījumā tiesības saņemt Karti Apdrošinātājam ir tikai pēc Apdrošinātāja iesniegtā rēķina pilnīgas apmaksas.
 - 6.1.4. nepieļaut, ka cita persona izmanto Karti. Gadījumā, ja Karti ir izmantojusi cita persona, Apdrošinātājam ir tiesības no Apdrošinātā piedzīt visus ar to radušos zaudējumus, kā arī izbeigt Kartes darbību.
 - 6.1.5. pirms pakalpojuma saņemšanas Līgumiestādē, uzrādīt Karti un personu apliecinošu dokumentu (pasi vai ID karti), kā arī ar savu parakstu apstiprināt pakalpojuma saņemšanas faktu.
 - 6.1.6. lai saņemtu apdrošināšanas atlīdzību, iesniegt Apdrošinātājam iesniegumu atbilstoši šajos noteikumos un Apdrošināšanas programmā noteiktajai kārtībai un termiņiem.
 - 6.1.7. sekot līdzi saņemto pakalpojumu apjomam, lai nepārsniegtu Apdrošināšanas programmā noteikto Apdrošinājuma summu vai Limitus. Gadījumā, ja izmaksātās Apdrošinājuma summas vai Limiti ir sasnieguši Apdrošināšanas līgumā noteikto, Apdrošinātā pienākums ir neizmantot Karti.
 - 6.1.8. pienākums segt radītos zaudējumus Apdrošinātājam vai atmaksāt Apdrošinātājam izdevumus par saņemtajiem pakalpojumiem, saskaņā ar Apdrošinātāja iesniegto rēķinu, gadījumos, kad:
 - a) pārsniegta Apdrošinājuma summa vai Limits;
 - b) saņemti pakalpojumi, kas Apdrošināšanas programmā nav paredzēti;
 - c) saņemti pakalpojumi pēc Kartes darbības apturēšanas vai izbeigšanas.
 - 6.1.9. kartes nozaudēšanas, zādzības vai uzvārda maiņas gadījumā, tiklīdz tas iespējams, ziņot Apdrošinājumaņēmējam. Apdrošinātājs, pamatojoties uz Apdrošinājumaņēmēja rakstisku iesniegumu, izdod Apdrošinātā Kartes dublikātu.
- 6.2. Tiesības
 - 6.1.1. saņemt veselības apdrošināšanas pakalpojumus atbilstoši noslēgtajam Apdrošināšanas līgumam starp Apdrošinājumaņēmēju un Apdrošinātāju un attiecīgās Apdrošināšanas programmas noteikumiem.

- 6.1.2. saņemt no Apdrošinātāja informāciju par Apdrošināšanas programmu un tajā ietvertajiem pakalpojumiem, kā arī Apdrošinātā personīgo Limitu. Informāciju par Apdrošināto izsniedz personīgi Apdrošinātājam tikai pamatojoties uz rakstisku pieprasījumu vai elektroniski, ja iepriekš rakstveidā iesniegtā iesniegumā Apdrošinātājs norādījis savu e-pasta adresi.

7. Apdrošināšanas atlīdzība

- 7.1. Apdrošināšanas atlīdzība izmaksājama Apdrošinātājam, ja ir iestājies Apdrošināšanas gadījums un Apdrošinātais apmaksājis izdevumus par saņemtajiem pakalpojumiem.
- 7.2. Apdrošināšanas atlīdzības saņemšanai Apdrošinātais vai tā pārstāvis aizpilda iesniegumu un pievieno Apdrošināšanas programmā noteiktos dokumentus. Apdrošinātais iesniegumu iesniedz ne vēlāk kā vienu mēnesi pēc Kartes perioda beigām.
- 7.3. Gadījumā, ja atlīdzību piesaka vai saņem Apdrošinātā pārstāvis, Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt iesniegt vai uzrādīt Apdrošinātājam dokumentu (oriģinālu), kas apliecina pārstāvības pilnvarojumu (piemēram, bērna dzimšanas apliecība, tiesas spriedums vai pilnvara).
- 7.4. Apdrošinātājam ir tiesības pieprasīt Apdrošinātājam dokumentus, kas saistīti ar apdrošināšanas gadījumu un apdrošināšanas atlīdzības noteikšanu.
- 7.5. Izdevumu atlīdzināšanai piemēro kompensācijas principu, nepārsniedzot Apdrošināšanas programmā norādīto Apdrošināšanas atlīdzības apmēru.
- 7.6. Kopējā izmaksājamā apdrošināšanas atlīdzība par vienu vai vairākiem apdrošināšanas gadījumiem apdrošināšanas līguma darbības laikā nedrīkst pārsniegt apdrošināšanas programmas apdrošinājuma summu.
- 7.7. Apdrošināšanas līgums pēc apdrošināšanas atlīdzības izmaksas paliek spēkā starpības apmērā starp sākotnējo apdrošinājuma summu un izmaksāto atlīdzību.

8. Izņēmumi

- 8.1. **Par apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts un apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja apdrošināšanas gadījumu izraisīja kāds no vispārējiem izņēmumiem:**
 - 8.1.1. notikums, kas neatbilst konkrētajam Apdrošināšanas līguma veidam;
 - 8.1.2. apdrošinātais risks, kas nav norādīts Apdrošināšanas līgumā;
 - 8.1.3. ārstniecības pakalpojumi saņemti ārpus Latvijas Republikas vai Apdrošināšanas līgumā norādītās teritorijas, ārpus Apdrošināšanas līguma darbības perioda; vairāk kā gadu pēc nosūtījuma izsniegšanas datuma;
 - 8.1.4. ārstniecības pakalpojumi, ja tie nav iekļauti apmaksājamu pakalpojumu sarakstā vai Apdrošināšanas līguma noslēgšanas brīdī Latvijā nav bijuši pieejami;
 - 8.1.5. ārstniecības pakalpojumi, kas izvēlētajā Apdrošināšanas programmā minēti kā neapmaksājami;
 - 8.1.6. ārstniecības pakalpojumus sniegusi persona, kura nav reģistrēta Ārstniecības personu reģistrā vai sniegtais pakalpojums neatbilst ārstniecības personas sertifikātam vai ārstniecības iestāde nav reģistrēta ārstniecības iestāžu reģistrā un ārstniecības personas darbība vai sniegtais pakalpojums neatbilst normatīvajos aktos noteiktajām obligātajām prasībām ārstniecības iestādēm un to struktūrvienībām;
 - 8.1.7. ārpus Ārstniecības iestādes adreses (izbraukumā) veikti jebkuri medicīniskie pakalpojumi, kas nav rakstiski saskaņoti ar Apdrošinātāju;
 - 8.1.8. anonīmi vai bez ārsta nozīmējuma veikti ārstniecības pasākumi, kas nav medicīniski pamatoti, tai skaitā izmeklējumi, manipulācijas, kuri tiek saņemti bez medicīniskām indikācijām;
 - 8.1.9. izdevumiem, kas nav saskaņoti, ja to paredz Apdrošināšanas programmas nosacījumi;
 - 8.1.10. par Apdrošinātā ārstēšanas Stacionārā iestādē, ja ārstēšanas var veikt ambulatori;
 - 8.1.11. Apdrošinātais, atrodoties Stacionārā iestādē, vienlaicīgi saņēmis maksas ambulatoros pakalpojumus vai ambulatoro rehabilitāciju;



- 8.1.12. izmeklējumi un konsultācijas ārvalstu vīzu noformēšanai;
- 8.1.13. Apdrošinātā kopšanas un aprūpes līgumi, radnieka vai tuvas personas uzturēšanās stacionārā;
- 8.1.14. izglītojoši informatīvas nodarbības un lekcijas;
- 8.1.15. medicīnisko dokumentu noformēšana un medicīnisko izmeklējumu izdrukas vai ieraksti (t.sk. rentgenogrammas, to izdrukas, CD ieraksti un citi elektroniskie datu nesēji) kā atsevišķi pakalpojumi;
- 8.1.16. medicīnas preces un iekārtas (t.sk. tehniskās protezēšanas un ortozēšanas izstrādājumiem, elastīgās un pēcoperācijas saites, stājas korektori), inkotinces un higiēnas līdzekļi, operācijā izmantojamie audu aizstājējmateriāli, implantanti, vienreizlietojami augstas tehnoloģijas instrumenti, u.tml.;
- 8.1.17. ārstu honorāri vai ar ārstniecību nesaistīti pakalpojumi, maksa par ārsta izvēli operācijās, ārstu konsilijā, administratīvie izdevumi, Stacionārā iestādē individuālo posteni;
- 8.1.18. izdevumi, kas radušies par profesionālā sporta rezultātā gūtām traumām vai miesas bojājumiem;
- 8.1.19. Apdrošinātā tīša darbība, kas nodara kaitējumu veselībai, tai skaitā Apdrošinātā pašnāvība, pašnāvības mēģinājums, sevis pakļaušana ārkārtējām briesmām, izņemot cilvēka dzīvības glābšanas gadījumu;
- 8.1.20. Apdrošinātajam izdarot noziedzīgu nodarījumu vai pārkāpumu, kā arī piedaloties tajā, ja stāties spēkā notiesājošs spriedums vai lēmums;
- 8.1.21. radioaktīvā saindēšanās, piesārņojuma, dabas katastrofu, pandēmijas rezultātā, kara darbība, iebrukumi, pilsoņu kari, kara radītās sekas, revolūcijas, dumpji, sacelšanās, apvērsumi, masu nekārtības, streiki, diversijas un terora akti;
- 8.1.22. Apdrošināšanas līgums noslēgts nolūkā ar Apdrošinātāja starpniecību segt nepieciešamu vai plānotu veselības aprūpes pakalpojumu saņemšanu;
- 8.1.23. Apdrošināšanas gadījums, kas saistīts ar maksas pakalpojumiem Stacionāra iestādē, iestājās 30 dienas pēc Kartē norādītā līguma darbības perioda sākuma un pirms Kartes saņemšanas Apdrošinātajam jau bija nepieciešams konkrētais pakalpojums (neattiecas uz atkārtoti noslēgtu Apdrošināšanas līgumu).
- 8.2. **Ja noslēgtajā Apdrošināšanas līgumā nav tieši un nepārprotami norādīts pretējais (atrunāti speciālie izņēmumi vai programmā iekļauts kā apmaksājams pakalpojums), par Apdrošināšanas gadījumu netiek uzskatīts un apdrošināšanas atlīdzība netiek izmaksāta, ja apdrošināšanas gadījumu izraisīja kāds no speciālajiem izņēmumiem:**
- 8.2.1. valsts veselības aprūpes budžeta apmaksājami pakalpojumi: slimību ārstniecība un dinamiska novērošana onkoloģijā, ftiziatrijā, hematoloģijā, hepatoloģijā, imunoloģijā, kombustioģijā;
- 8.2.2. ārstniecības pakalpojumiem (t.sk. maksa par konsultācijām, izmeklējumiem, procedūrām), kas saistīti ar mikroķirurģisko, kosmētisko, plastisko, bariatrisko, rekonstruktīvo ārstniecību; lāzerķirurģisko, invazīvo un estētisko dermatoloģiju; triholoģiju; plazmaferēzi; imunoterapiju; miega traucējumu ārstniecību; zobārstošanu (t.sk. 3D CT/DT stomatoloģijā), logopēdiju, foniatriju; invazīvo radioloģiju un kardioloģiju, elektrokardiostimulāciju; kapsulas endoskopiju; intravitreālās injekcijas; litotripsiju; baroterapiju; pozitronu emisijas tomogrāfiju (PET/ECT);
- 8.2.3. paātrinātā vakcinācija un apskate pirms vakcinācijas, ja tā ir izdalīta kā atsevišķs pakalpojums;
- 8.2.4. foto, lāzera, mehānisko un elektromagnētisko viļņu procedūras, terapija un operācijas; maksas neiroķirurģiskās, mugurkaula operācijas, vēnu, sirds, asinsvadu, redzes korekcijas operācijas un ar tām saistītās izmaksas;
- 8.2.5. uztura speciālists, svara samazināšanas programmas un pasākumi, dietoloģija; vielmaiņas saslimšanas un osteoporozes ārstniecība (t.sk. osteodensitometrija); laktozes intolerances tests, farmakoģenētiskie izmeklējumi (t.sk. personas genotipa testi), celiakijas ārstniecība;
- 8.2.6. sporta ārstu pakalpojumi (t.sk. slodzes testi) un tehniskā ortopēda, podologa un podiatra (t.sk. pēdu aprūpi) ārstniecības pakalpojumi, varikozu vēnu ārstniecība (t.sk. flebologa konsultācijas un USG), kaulu un saistaudu deformāciju ārstniecība;
- 8.2.7. seroloģiskā, imunoloģiskā, viroloģiskā ārstniecība;
- 8.2.8. specifiski laboratoriskie izmeklējumi (piem. fēču izmeklējums - kalprotektīns, kardioloģiskie marķieri - homocisteīns, BNP; analīzes uz disbiozi; Ērču encefalīta vīrusa IgG u.c.);
- 8.2.9. psihiatriskā, psiholoģiskā, psihoterapeitiskā, seksopatoloģiskā ārstniecība; hipnoze;
- 8.2.10. seksuāli transmisīvo slimību ārstniecība; HIV un AIDS, spirohetu, spermas izmeklējumi, hlamīdiju infekcijas slimību diagnostika un ārstēšana, sēnīšu slimību ārstēšana;
- 8.2.11. ģimenes plānošana (t.sk. mākslīgā apaugļošana), neauglības ārstniecība un izmeklēšana (t.sk. olvadu caurlaidības pārbaudes), diagnostiskās laparoskopiskās, saaugumu atdalīšanas un olvadu caurlaidības pārbaudes operācijas ginekoloģijā, Anti Millera hormona noteikšana; androloģijas, ģenētikas, reproduktoloģijas un embrioloģijas pakalpojumi; grūtniecības pārtraukšana bez medicīniskām indikācijām un tās seku ārstēšanu, iedzimu saslimšanu ārstniecība, neonatoloģija, 3 un 4D izmeklējumi (t.sk. saistībā ar grūtniecību); maksas grūtniecības pakalpojumi un maksas dzemdību palīdzība;
- 8.2.12. vispārējā bezkontakta, vakuuma, sejas, prostatas un ginekoloģiskā masāža, baroterapija, reitterapija, hidrokolonterapija, limfodrenāžu u.c.; celulīta ārstēšana, ambulatorā rehabilitācija nesertificētos kabinetos (SPA centri, Sporta klubi u.tml.), kas veikta ārpus sertificētām ārstniecības iestādēm; homeopātiskā ārstniecība; netradicionālās, papildinošās (komplementārās) medicīnas pakalpojumi; netradicionālā ārstniecība (Folla un iridodiagnostika, adatu terapiju, punktu masāža, akupunktūra u.c.); osteoterapija un refleksoterapija, floutinga seansi u.tml.;
- 8.2.13. alkoholisma, narkomānijas, toksikomānijas diagnostiku un ārstēšanu, tai skaitā, veselības traucējumus sakarā ar alkoholu, narkotisko, toksisko vielu lietošanu;
- 8.2.14. veselības profilakses pakalpojumi un vispārējā ķermeņa diagnostika (check-up, imago-aurum, biorezonanses u.tml.).