warta.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Grupowe ubezpieczenie Warta Zdrowie

KLAUZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

WARTA dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi ich przetwarzania.

	UBEZPIECZONY
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" S.A. z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa („Warta"). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod adresem siedziby lub w sposób podany na stronie www.warta.pl.
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH	Warta uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego, w związku ze złożonym przez niego wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, w tym przekazaniem listy osób przystępujących do umowy ubezpieczenia oraz deklaracją przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym finansowego i medycznego oraz wyliczenia składki ubezpieczeniowej służącej do przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W przypadku nie zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej. W celu oceny ryzyka Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła wysokość składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, dane zawarte w deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z Wartą, lub w których jest Pani/Pan objęta(y) ochroną ubezpieczeniową, jak również dane, w tym dane o stanie zdrowia, na podstawie złożonych przez Panią/Pana oświadczeń i dokumentów. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika. W przypadku przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 2) oceny odpowiedniości dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na podstawie rekomendacji Komisji Nadzoru Finansowego dla zakładów ubezpieczeń dotyczących oceny odpowiedniości ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym oraz przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do zakończenia okresów przedawnienia roszczeń. W celu oceny odpowiedniości dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji wobec klientów, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła zasady przystępowania do umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Podstawą tych procesów będą dane zawarte w ankiecie odpowiedniości. Analiza danych skutkuje oceną, czy dodatkowa umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawarta przez ubezpieczającego jest odpowiednia do Pani/Pana potrzeb, doświadczenia, wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń na życie lub sytuacji finansowej. Może to skutkować ustaleniem, że dany produkt jest nieadekwatny – wówczas przystąpienie do umowy ubezpieczenia z dodatkową umową ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym możliwe będzie jedynie na Pani/Pana indywidualne żądanie. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika.
	W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 3) obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną są przepisy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz niezbędność do wykonania umowy ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń;
	4) realizacji przepisów (w przypadku przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym): a) ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS), w tym identyfikowania zagranicznych rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach do Szefa Krajowej Administracji Skarbowej przez okres wynikający z tych przepisów; b) ustawy o wykonywaniu umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, w tym identyfikowania amerykańskich rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej;
	5) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia;
	6) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia;
	7) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw Warty w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi na podstawie prawnie uzasadnionych interesów Warty, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących Warcie bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę Warty;
	8) marketingu własnych produktów lub usług Warty, w tym profilowania, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. promowania własnych produktów lub usług Warty, do czasu wyrażenia przez Panią/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu;
	9) obsługi zgłoszonego świadczenia, w tym wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty świadczenia, na podstawie umowy ubezpieczenia, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez Wartę decyzji w przedmiocie wypłaty świadczenia a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu, w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia dodatkowych roszczeń, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń;
	10) ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem lub zgłoszenia roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym od Warty roszczeniem;
	11) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń;
	12) oceny satysfakcji z usług Warty – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli przebiegu i podnoszenie standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez Wartę opinii, przez okres obowiązywania Pani/Pana ochrony ubezpieczeniowej;
	13) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po tym okresie w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do: 1) dostępu do swoich danych - czyli uzyskania od Warty potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez Wartę;
	2) ich sprostowania - czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne;
	3) ich usunięcia - w przypadkach wskazanych w art. 17 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłóca to realizacji umowy ubezpieczenia lub obowiązków Warty wynikających z przepisów prawa);
	4) ograniczenia przetwarzania - czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności, gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający Warcie zweryfikować zasadność żądania;

	5) przenoszenia swoich danych - czyli do uzyskania od Warty w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani/Pan dostarczył(a) Warcie i które Warta przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie umowy ubezpieczenia w ramach, której jest Pani/Pan objęta(y) ochroną. Ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby Warta przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe;
	6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę. Pomimo sprzeciwu Warta jest uprawniona w dalszym ciągu przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykaże istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
	7) wniesienia skargi do Organu Nadzoru w zakresie danych osobowych (jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
	Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
	Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika Warty wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania jej.
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem danych osobowych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną, poprzez: IOD@warta.pl, lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce „Kontakt". Kontakt z agentem jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia, inne podmioty – w zakresie niezbędnym do wykonania umowy ubezpieczenia lub oceny zgłoszonego roszczenia, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej.
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym Pani/Pana umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówki medyczne – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług oraz inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy ubezpieczenia lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia i przystąpienia do umowy ubezpieczenia, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.

KGUbny_4_06_2024

Grupowe ubezpieczenie Warta Zdrowie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe ubezpieczenie Warta Zdrowie 2
Postanowienia ogólne 3
Przedmiot i zakres ubezpieczenia 4
Suma ubezpieczenia oraz zakres świadczeń medycznych 4
Zawarcie umowy ubezpieczenia 4
Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i wypowiedzenie umowy 5
Przedłużenie umowy na kolejny okres 5
Zmiany w umowie ubezpieczenia 5
Rozwiązanie umowy ubezpieczenia 5
Przystąpienie do ubezpieczenia, zmiany w ubezpieczeniu i wystąpienie z ubezpieczenia 5
Wskazanie uprawnionych do świadczenia z tytułu śmierci 6
Składka 7
Wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej 7
Realizacja świadczeń z tytułu śmierci 8
Realizacja świadczeń medycznych 8
Postanowienia końcowe 8
II. Załącznik nr 1 Pakiet Na start 10
III. Załącznik nr 2 Pakiet Podstawowy 14
IV. Załącznik nr 3 Pakiet Rozszerzony 19
V. Załącznik nr 4 Pakiet Komfortowy 26
VI. Załącznik nr 5 Pakiet Premium 37
VII. Załącznik nr 6 Pakiet VIP 58
VIII. Załącznik nr 7 Zasady refundacji w przypadku niedotrzymania standardów dostępności do świadczeń medycznych 94
IX. Załącznik nr 8 Regulamin i cennik refundacji „Twój wybór” 97

Informacja do ogólnych warunków Grupowego ubezpieczenia Warta Zdrowie, zatwierdzonych uchwałą nr 25/2026 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 kwietnia 2026 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

	RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1.	Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§1, §2, §3, §13, §14
2.	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§12, Zał. 1 - 6 Zał. nr 7 - ust. 7 Zał. nr 8 - ust. 6

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia Warta Zdrowie

Postanowienia ogólne

§1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA" Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA" S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w OWU określenia oznaczają:
   1) **ciąża wysokiego ryzyka** – ciąża charakteryzująca się zagrożeniem dla zdrowia i życia matki lub płodu, związanym z występowaniem czynników ryzyka statystycznie zwiększających częstotliwość powikłań ciąży i porodu, wymagająca specjalistycznego prowadzenia;
   2) **data początku okresu ubezpieczenia** – dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy;
   3) **deklaracja przystąpienia** – formularz udostępniany przez ubezpieczyciela, w którym pracownicy wyrażają wolę przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz w którym mogą wskazać małżonków, partnerów i dzieci jako współubezpieczonych;
   4) **dziecko** – osoba w roli współubezpieczonego, którą jest dziecko własne ubezpieczonego, małżonka lub partnera lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończyła 18. roku życia, a w przypadku, jeśli kontynuuje naukę – nie ukończyła 25. roku życia;
   5) **lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa;
   6) **lista osób**:
      a) **przystępujących do ubezpieczenia** – imienny wykaz pracowników, małżonków, partnerów oraz dzieci zgłaszanych przez ubezpieczającego do ubezpieczenia, sporządzony według wzoru wskazanego przez ubezpieczyciela;
      b) **występujących z ubezpieczenia** – imienny wykaz pracowników, małżonków, partnerów oraz dzieci zgłaszanych przez ubezpieczającego do wystąpienia z ubezpieczenia, sporządzony według wzoru wskazanego przez ubezpieczyciela;
   7) **małżonek** – osoba w roli współubezpieczonego, która pozostaje z ubezpieczonym w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej w związku małżeńskim, która nie ukończyła 69. roku życia;
   8) **miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia, a następnie każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w pierwszym dniu każdego kolejnego miesiąca (miesięcznica polisy);
   9) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy;
   10) **operator** – podmiot koordynujący w imieniu ubezpieczyciela realizację świadczeń medycznych – LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie;
   11) **pakiet** – zakres świadczeń medycznych, określony w załączniku do OWU, którym objęty jest ubezpieczony lub współubezpieczony;
   12) **partner** – osoba w roli współubezpieczonego wskazana przez pracownika, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej prowadzi z ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, nie pozostaje z ubezpieczonym w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem ani stosunkiem prawnym takim jak przysposobienie lub powinowactwo, która nie ukończyła 69. roku życia;
   13) **placówka medyczna** – jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, uprawniona do udzielania świadczeń medycznych, działająca na terytorium i zgodnie z prawem obowiązującym w Rzeczpospolitej Polskiej; placówką medyczną nie jest: ośrodek opieki społecznej, ośrodek dla psychicznie chorych, hospicjum, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek i szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy oraz ośrodek rehabilitacji;
   14) **placówka medyczna wskazana przez ubezpieczyciela** – placówka medyczna wskazana w imieniu ubezpieczyciela przez operatora jako właściwa do realizacji świadczeń medycznych, placówka własna lub współpracująca;
   15) **placówka własna** – ogólnodostępna ambulatoryjna placówka medyczna operatora wskazana na www.warta.pl;
   16) **placówka współpracująca** – podmiot wykonujący działalność leczniczą współpracujący z operatorem, wskazany na aktualnej liście placówek na portalu pacjenta oraz na stronie www.warta.pl;
   17) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU;
   18) **portal pacjenta** – serwis internetowy udostępniany przez operatora pod adresem https://portalpacjenta.luxmed.pl, którego funkcjonalność pozwala na samodzielne rezerwowanie wizyt, ich odwoływanie, a także dostęp do wyników badań i zrealizowanych wizyt;
   19) **pracownik** – osoba fizyczna zatrudniona przez ubezpieczającego, albo ubezpieczającego będącego osobą fizyczną, dla potrzeb OWU przez zatrudnionego rozumie się także osobę pozostającą w innym stosunku prawnym z ubezpieczającym oraz współpracującą (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych) przy prowadzeniu przez ubezpieczającego działalności gospodarczej;
   20) **rabat** – świadczenie medyczne polegające na udziale ubezpieczyciela w koszcie usługi medycznej;
   21) **rocznica polisy** – dzień w każdym kolejnym okresie ubezpieczenia odpowiadający dacie początku okresu ubezpieczenia;
   22) **suma ubezpieczenia** – suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia;
   23) **świadczenie medyczne** – działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia, w zakresie objętym odpowiedzialnością ubezpieczyciela w zależności od wybranego pakietu;
   24) **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie za śmierć, świadczenie medyczne;
   25) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca pracowników, która zawarła z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia;
   26) **ubezpieczony** – pracownik zamieszkały na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ukończył 69. roku życia, objęty ochroną z tytułu umowy;

27) **umowa ubezpieczenia (umowa)** – umowa zawierana pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym na podstawie OWU;
28) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadającą osobowości prawnej, uprawniona do świadczenia zgodnie z umową;
29) **wariant Dla Ciebie** – wariant pakietu, w którym ochroną ubezpieczeniową jest objęty ubezpieczony;
30) **wariant Dla Dwojga** – wariant pakietu, w którym ochroną ubezpieczeniową jest objęty ubezpieczony i małżonek/partner albo ubezpieczony i jedno dziecko;
31) **wariant Dla Rodziny** – wariant pakietu, w którym ochroną ubezpieczeniową jest objęty ubezpieczony, małżonek/partner i dzieci;
32) **wniosek ubezpieczeniowy** – formularz ubezpieczyciela, na którym ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy;
33) **współubezpieczony** – osoba fizyczna objęta ochroną z tytułu umowy na zasadach określonych w OWU wskazana przez ubezpieczonego, zamieszkała na terenie Rzeczpospolitej Polskiej;
34) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczonego lub sytuacja zdrowotna ubezpieczonego/współubezpieczonego powodująca potrzebę skorzystania ze świadczenia medycznego lub innego wsparcia w obszarze zdrowia, w zakresie określonym pakietem, mająca miejsce w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia
§2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest:
   1) życie ubezpieczonego;
   2) zdrowie ubezpieczonego oraz zdrowie współubezpieczonych.
2. Ubezpieczenie obejmuje:
   1) w ramach wariantu Dla Ciebie - śmierć ubezpieczonego oraz zapewnienie ubezpieczonemu dostępu do świadczeń medycznych w placówkach medycznych;
   2) w ramach wariantu Dla Dwojga - śmierć ubezpieczonego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych w placówkach medycznych dla:
      a) ubezpieczonego i małżonka/partnera albo
      b) ubezpieczonego i dziecka;
   3) w ramach wariantu Dla Rodziny - śmierć ubezpieczonego oraz zapewnienie dostępu do świadczeń medycznych w placówkach medycznych dla ubezpieczonego, jego małżonka/partnera i dzieci.

Suma ubezpieczenia oraz zakres świadczeń medycznych
§3

1. W przypadku śmierci ubezpieczonego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.
2. Suma ubezpieczenia jest jednakowa dla wszystkich ubezpieczonych.
3. Ubezpieczający może wybrać dowolne pakiety w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz wybrane przez ubezpieczającego pakiety są określone w polisie.
5. Zakres świadczeń medycznych dostępnych w ramach pakietów określają załączniki do OWU.
6. Ubezpieczeni mogą być objęci pakietami w ramach umowy ubezpieczenia, wybranymi spośród pakietów określonych przez ubezpieczającego, przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
7. Ubezpieczony wraz ze współubezpieczonymi jest obejmowany ochroną w ramach jednego pakietu.
8. Ubezpieczony może zmienić pakiet, w ramach którego obejmowany jest ochroną, w rocznicę polisy - zgłoszenie zmiany pakietu powinno zostać dostarczone do ubezpieczyciela do 20. dnia miesiąca poprzedzającego rocznicę polisy.

Zawarcie umowy ubezpieczenia
§4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego.
2. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć dokumenty uznane przez ubezpieczyciela za niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony.
4. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu określonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że w przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu podpisania wniosku przez ubezpieczającego i polisy przez ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie umowy na warunkach innych niż określone we wniosku.
6. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdza się polisą.
7. Umowa trwa do ostatniego dnia kalendarzowego okresu ubezpieczenia.
8. Okres ubezpieczenia trwa 12 miesięcy.
9. Data początku okresu ubezpieczenia jest wskazana w polisie.
10. Jeśli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia zostanie złożony przez ubezpieczającego do 15. dnia miesiąca – okres ubezpieczenia rozpoczyna się od 1. dnia kolejnego miesiąca. Dla wniosków złożonych po 15. dniu miesiąca – okres ubezpieczenia rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca następującego bezpośrednio po kolejnym miesiącu, z zastrzeżeniem § 9 ust. 2.

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i wypowiedzenie umowy

§5

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
3. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, na piśmie, z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia. Bieg okresu wypowiedzenia rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym oświadczenie o wypowiedzeniu umowy zostało doręczone do ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia albo ją wypowiedział przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
5. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.

Przedłużenie umowy na kolejny okres

§6

1. Umowa przedłuży się na kolejny okres ubezpieczenia, jeśli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy na co najmniej 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia.
2. Umowa może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel w terminie 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia wystąpi do ubezpieczającego z propozycją warunków umowy na kolejny okres ubezpieczenia.
4. Propozycja będzie uwzględniała zwiększenie składki, o wskaźnik nie niższy niż, wskaźnik wzrostu wynagrodzeń w sektorze przedsiębiorstw publikowany przez GUS.
5. Ubezpieczający potwierdzi pisemnie przyjęcie zmiany wysokości składki przed terminem wygaśnięcia umowy albo umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu.

Zmiany w umowie ubezpieczenia

§7

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU.
2. Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, chyba że obie strony postanowią inaczej.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w przepisach kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonym:
   1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,
   2) niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela – w przypadku informacji dotyczących wysokości świadczeń.
4. Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu, jeśli wystąpi on o ich udzielenie.
5. Zmiana wysokości składki stanowi zmianę umowy ubezpieczenia.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§8

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:

1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem odstąpienia,
2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – ze skutkiem na koniec okresu wypowiedzenia,
3) złożenia przez jedną ze stron oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia na kolejny okres co najmniej 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia – z upływem okresu ubezpieczenia,
4) nieopłacenia przez ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie wyznaczonym w wezwaniu do zapłaty składki – z upływem terminu wskazanego w wezwaniu do zapłaty składki,
5) porozumienia stron umowy ubezpieczenia – w terminie wskazanym w porozumieniu.

Przystąpienie do ubezpieczenia, zmiany w ubezpieczeniu i wystąpienie z ubezpieczenia

§9

1. Ochroną ubezpieczeniową obejmowani są pracownicy, oraz na ich wskazanie: małżonkowie, partnerzy oraz dzieci – na podstawie listy osób przystępujących i deklaracji przystąpienia.
2. Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniowa osób wskazanych w ust. 1 od 1 dnia okresu ubezpieczenia jest przekazanie do ubezpieczyciela do 20. dnia miesiąca poprzedzadzącego 1 dzień okresu ubezpieczenia, kompletnej i prawidłowo wypełnionej następującej dokumentacji:
   1) lista osób przystępujących do ubezpieczenia – na formularzu ubezpieczyciela, a jeśli jest zawarta umowa o świadczeniu usług drogą elektroniczną – przy wykorzystaniu aplikacji elektronicznej oraz
   2) deklaracje przystąpienia podpisane przez osoby obejmowane ochroną ubezpieczeniową przed ich przystąpieniem,

   o ile strony umowy ubezpieczenia nie postanowią inaczej.

   W przypadku przekazania kompletnie i prawidłowo wypełnionych dokumentów wskazanych w ust. 2 po 20. dniu miesiąca poprzedzadzącego 1 dzień okresu ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się od 1 dnia miesiąca następującego bezpośrednio po kolejnym miesiącu.

3. W trakcie okresu ubezpieczenia, aby ochrona ubezpieczeniowa rozpoczęła się od 1. dnia kalendarzowego kolejnego miesiąca, kompletne i prawidłowo wypełnione dokumenty wymienione w ust. 2 powinny zostać przekazane do ubezpieczyciela do 20. dnia danego miesiąca. W przypadku przekazania ww. dokumentów po 20. dniu danego miesiąca ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się od 1 dnia miesiąca następującego bezpośrednio po kolejnym miesiącu.
4. Wskazanie współubezpieczonego, jak również zmiana współubezpieczonego są możliwe w najbliższą miesięcznicę polisy, jeśli wskazanie współubezpieczonego lub zgłoszenie zmiany współubezpieczonego zostanie dostarczone do ubezpieczyciela do 20. dnia danego miesiąca. Jeśli wskazanie współubezpieczonego lub zgłoszenie zmiany współubezpieczonego zostanie dostarczone po 20. dniu danego miesiąca to zostanie zrealizowane w miesięcznicę polisy następującą bezpośrednio po najbliższej miesięcznicy polisy.
5. Do zmiany wariantu dochodzi poprzez przystąpienie przez ubezpieczonego do nowego wariantu. Zmiana wariantu jest jednoznaczna z wystąpieniem przez ubezpieczonego z poprzedniego wariantu z dniem poprzedzającym przystąpienie do nowego wariantu.
6. Zmiana wariantu przez ubezpieczonego jest możliwa w najbliższą miesięcznicę polisy, jeśli zgłoszenie zmiany wariantu zostanie dostarczone do ubezpieczyciela do 20. dnia danego miesiąca. Jeśli zgłoszenie zostanie dostarczone po 20. dniu danego miesiąca zmiana wariantu odbędzie się w miesięcznicę polisy następującą bezpośrednio po najbliższej miesięcznicy polisy.
7. W przypadku zgłoszenia wystąpienia z umowy ubezpieczenia dostarczonego do ubezpieczyciela w formie listy występujących do 20. dnia danego miesiąca ochrona na rzecz osoby występującej wygasa z końcem tego miesiąca. Jeśli zgłoszenie zostanie dostarczone po 20. dniu danego miesiąca ochrona wygaśnie z końcem miesiąca następującego po miesiącu dostarczenia listy.
8. Wystąpienie z ubezpieczenia współubezpieczonych nie powoduje automatycznej zmiany wariantu na inny wariant. Do zmiany wariantu dochodzi zgodnie z ust. 4 oraz 5-6.
9. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:
   1) w odniesieniu do ubezpieczonego, małżonka, partnera i dzieci:
      a) w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
      b) w przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
      c) w przypadku złożenia przez jedną ze stron oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy na kolejny okres na co najmniej 30 dni przed upływem okresu ubezpieczenia – z upływem okresu ubezpieczenia,
      d) w przypadku nieopłacenia przez ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie wyznaczonym w wezwaniu do zapłaty składki – z upływem terminu wskazanego w wezwaniu,
      e) w przypadku porozumienia stron umowy ubezpieczenia – w terminie wskazanym w porozumieniu,
      f) z końcem miesiąca, w którym ustało zatrudnienie ubezpieczonego u ubezpieczającego,
      g) z dniem śmierci ubezpieczonego,
      h) w przypadku wystąpienia ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia – zgodnie z ust. 8,
      i) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym ubezpieczony skończył 70. rok życia,
   2) dodatkowo, w odniesieniu do małżonka/partnera:
      a) z końcem miesiąca, w którym obowiązywał dotychczasowy wariant ubezpieczenia – w przypadku zmiany wariantu na taki, w którym małżonek/partner nie jest obejmowany ochroną,
      b) z dniem śmierci małżonka/partnera,
      c) z końcem miesiąca, w którym ubezpieczony zgłosił wystąpienie małżonka/partnera z ubezpieczenia – zgodnie z ust. 8,
      d) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po dniu, w którym małżonek/partner skończył 70. rok życia,
   3) dodatkowo, w odniesieniu do dziecka:
      a) z końcem miesiąca, w którym obowiązywał dotychczasowy wariant ubezpieczenia – w przypadku zmiany wariantu na taki, w którym dziecko nie jest obejmowane ochroną,
      b) z dniem śmierci dziecka,
      c) z końcem miesiąca, w którym ubezpieczony zgłosił wystąpienie dziecka z ubezpieczenia – zgodnie z ust. 8,
      d) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po dniu, w którym dziecko skończyło 18. rok życia, lub – w przypadku kontynuowania nauki – 26. rok życia.
10. W przypadku wygaśnięcia ochrony ubezpieczonego lub współubezpieczonych, ponowne objęcie ochroną ubezpieczeniową tego ubezpieczonego oraz wskazanych przez niego współubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU będzie możliwe najwcześniej po upływie kolejnych 12 miesiącach.

Wskazanie uprawnionych do świadczenia z tytułu śmierci

§10

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci zarówno przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia jak i w każdym czasie jej obowiązywania – ze skutkiem od następnego dnia po otrzymaniu zgłoszenia. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać to wskazanie.
2. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w sumie ubezpieczenia; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały są równe.
3. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
4. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał osoby uprawnionej albo gdy osoba uprawniona w dniu śmierci ubezpieczonego nie żyła lub utraciła prawo do świadczenia, osobami uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według

następującej kolejności:
1) małżonek,
2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) - 3).

Składka
§11

1. Z tytułu ochrony świadczonej w ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki należnej.
2. Wysokość składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia równa jest sumie składek za wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
3. Wysokość składki zależy od wybranego pakietu i wariantu ubezpieczenia oraz od liczby pracowników oraz liczby wszystkich osób przystępujących do ubezpieczenia.
4. Składka w ramach danego wariantu i pakietu jest stała w każdym okresie ubezpieczenia.
5. Składka jest opłacana miesięcznie w terminach określonych w polisie.
6. Wysokość składki jest określona w polisie.
7. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
8. W przypadku nieopłacenia przez ubezpieczającego składki w terminie wskazanym w polisie, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni od otrzymania wezwania oraz powiadomi go o skutkach nieopłacenia składki w dodatkowym terminie.

Wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej
§12

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za zdarzenia powstałe w związku z:
   1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, w ciągu 24 miesięcy licząc od daty przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
   2) skutkami działań wojennych, stanu wojennego, czynnego udziału ubezpieczonego lub współubezpieczonego, w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
   3) skutkami skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w zakresie dostępu do świadczeń medycznych dodatkowo nie jest objęte:
   1) prowadzenie ciąży wysokiego ryzyka,
   2) diagnozowanie i leczenie zaburzeń płodności, w tym ciąży będącej wynikiem ww. postępowania, o ile jest to ciąża wysokiego ryzyka,
   3) diagnozowanie i leczenie związane ze zmianą płci,
   4) przeprowadzanie zabiegów aborcji,
   5) fizjoterapia w przypadku: wad wrodzonych i ich następstw, wad postawy, urazów okołoporodowych, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw, chorób demielinizacyjnych i ich następstw, chorób neurodegeneracyjnych i ich następstw; fizjoterapia po: incydentach kardiologicznych, incydentach neurologicznych i naczyniowo-mózgowych,
   6) leczenie, zabiegi i operacje z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej oraz kosmetologii,
   7) leczenie sanatoryjne i uzdrowiskowe oraz pobyty rehabilitacyjne, w domu opieki lub innej placówce opiekuńczo-leczniczej lub leczniczo-pielęgnacyjnej, w której ubezpieczony lub współubezpieczony przebywa z przyczyn medycznych, rodzinnych lub społecznych,
   8) leczenie skutków pozostawania pod wpływem, nadużycia lub zatrucia dobrowolnie spożywanymi: alkoholem, narkotykami, innymi substancjami odurzającymi lub psychotropowymi, lekami stosowanymi niezgodnie z zaleceniem lekarza,
   9) leczenie odwykowe, zabiegi i kuracje odwykowe,
   10) leczenie następstw stosowania naukowo nieuznanych metod leczenia oraz medycyny niekonwencjonalnej, ludowej i orientalnej oraz udziału w eksperymentach medycznych, badaniach klinicznych lub podobnych badaniach związanych ze zdrowiem,
   11) leczenie zakażenia wirusami HIV (AIDS), wirusami wirusowego zapalenia wątroby (z wyłączeniem WZW typu A) oraz schorzeń będących następstwem ww. zakażeń.
3. Operator z uwagi na bezpieczeństwo medyczne może udzielić świadczenia medycznego określonemu uprawnionemu z pierwszeństwem przed innymi uprawnionymi, w szczególności: uprawnionym zagrożonym lub posiadającym skierowania na badania w trybie pilnym, dzieciom w wieku do 3 lat, kobietom w ciąży.
4. Ubezpieczyciel nie realizuje świadczeń medycznych w sytuacjach zagrożenia życia, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego.
5. Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów świadczeń medycznych, które ubezpieczony lub współubezpieczony wyłudził lub próbował wyłudzić.
6. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w których ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.

Realizacja świadczeń z tytułu śmierci
§13

1. Świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o śmierci ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego może zostać również zgłoszone przez spadkobierców.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia. Gdyby w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Jeżeli w terminach określony w ust 4. ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje, lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia, bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
8. W przypadku gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski osoba uprawniona zobowiązana jest dostarczyć je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Realizacja świadczeń medycznych
§14

1. Uprawnionym do świadczeń medycznych jest:
   1) w wariancie Dla Ciebie: ubezpieczony,
   2) w wariancie Dla Dwojga:
      a) ubezpieczony i małżonek/partner
      albo
      b) ubezpieczony i dziecko,
   3) w wariancie Dla rodziny: ubezpieczony, małżonek/partner oraz dzieci.
2. Realizację świadczeń medycznych ubezpieczyciel powierza operatorowi.
3. Ubezpieczeni i współubezpieczeni mogą korzystać ze świadczeń medycznych:
   1) za pośrednictwem infolinii, dzwoniąc na numer telefonu 22 33 22 883 (koszt połączenia zgodnie z taryfa operatora); za pośrednictwem infolinii możliwe jest umówienie wizyty zarówno w placówkach własnych operatora jak i współpracujących;
   2) za pośrednictwem portalu pacjenta (w placówkach własnych operatora) pod adresem https://portalpacjenta.luxmed.pl;
   3) bezpośrednio w placówkach medycznych własnych i współpracujących operatora.
4. Aby skorzystać ze świadczenia medycznego ubezpieczony lub współubezpieczony zgłasza się do placówki medycznej z ważnym dokumentem tożsamości.
5. Aby skorzystać ze świadczenia medycznego dziecko w wieku powyżej 16. roku życia nie potrzebuje asysty swojego opiekuna prawnego.
6. Standardy dostępności do świadczeń medycznych i zasady refundacji w przypadku niedotrzymania standardów dostępności określone są w Załączniku nr 7 do OWU.
7. Uprawnieni do świadczeń medycznych mogą realizować świadczenia poza placówkami wskazanymi przez ubezpieczyciela – zasady refundacji „Twój wybór" i cennik określone są w Załączniku nr 8 do OWU.
8. Aktualna lista placówek medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela znajduje się na stronie internetowej www.warta.pl.
9. Świadczenie usług medycznych z wykorzystaniem telemedycyny możliwe jest jedynie za zgodą ubezpieczonego lub współubezpieczonego.

Postanowienia końcowe
§15

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie, przy czym:
   1) zawiadomienia stron umowy ubezpieczenia (w tym dotyczących list osób przystępujących do ubezpieczenia i występujących z ubezpieczenia) oraz oświadczeń – o ile ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną – mogą być składane z wykorzystaniem aplikacji elektronicznej;
   2) powiadomienia ubezpieczającego o braku opłacenia składki w wymaganym terminie i jego skutkach – mogą być przekazywane w formie elektronicznej (e-mailem).
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.

3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia wniosku (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku) rozumie się dzień doręczenia wniosku do ubezpieczyciela.
5. Reklamacje, mogą być składane ubezpieczycielowi:
   1) na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów,
   2) na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJAI-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje,
   3) ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów.
6. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
7. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA" S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA" S.A.
8. Podmiotami uprawnionymi do pozasądowego rozpatrywania sporów są:
   1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl),
   2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
9. Niezależnie od postanowień OWU, ubezpieczyciel wykonuje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
10. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
11. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
12. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową oraz inne stosowne przepisy prawa.
13. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU właściwym jest prawo polskie.
14. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia albo spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
15. Ubezpieczyciel udostępnia tekst OWU w postaci elektronicznej, w sposób umożliwiający jego przechowywanie i odtwarzanie w zwykłym toku czynności.
16. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.
17. Ubezpieczyciel oświadcza, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 4a pkt 29) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. lub w art. 5a pkt 33d) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r.
18. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa www.warta.pl.

OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 25/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 27 stycznia 2026 roku i wprowadzone w życie z dniem 19 kwietnia 2026 roku.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik 1 do OWU
Pakiet Na start

Skrócony wykaz świadczeń	
Telefoniczna Pomoc Medyczna	•
Konsultacje online	•
Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej	•
Konsultacje lekarzy specjalistów	•
Zabiegi pielęgniarskie	•
Zabiegi ambulatoryjne	•
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	•
Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa	25% rabatu
Dostęp do placówek własnych	•
Dostęp do placówek współpracujących	•

Szczegółowy wykaz świadczeń:

Telefoniczna pomoc medyczna

Telefoniczna Pomoc Medyczna (tel. 22 33 22 883; koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora w sytuacjach wymagających pilnego uzyskania porady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub telefonicznych systemów łączności.
Świadczenie medyczne obejmuje możliwość skorzystania z Telefonicznej Pomocy Medycznej udzielanej przez specjalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarki) w zakresie interny/medycyny rodzinnej/pediatrii/pielęgniarstwa pod numerem ogólnopolskiej Infolinii Grupy LUX MED, przez 24 godziny na dobę.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny może skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, zadecydować o wezwaniu karetki pogotowia lub skierować w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Uwaga:
Podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej nie są wystawiane e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcję postkoitalną (antykoncepcja awaryjna), oraz skierowania na badania podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące, skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Świadczenie medyczne w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego. Uprawniony nie może udostępniać świadczenia medycznego w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje usługi ratunkowej w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty / e-zwolnienia podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty / e-zwolnienia kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego.

Konsultacje online

Konsultacja online jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia uprawnionym możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać uprawnieni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce ”Konsultacje online”. Uprawniony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.
Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej uprawnionego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez uprawnionego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej uprawnionego. W zakres Konsultacji online wchodzą niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą.

Świadczenie medyczne obejmuje Konsultacje online w następującym zakresie:
- interny/medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.)
- pediatrii (do 18 r.ż.)
- położnictwa
- pielęgniarstwa pediatrycznego

Uwaga:
Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. W celu skorzystania z Konsultacji online uprawniony po zalogowaniu się do konta na Portalu Pacjenta w zakładce „Konsultacje online” ustawia się w kolejce oczekujących na skorzystanie z usługi. Świadczenie usług w postaci Konsultacji online odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego do świadczeń medycznych z tytułu Konsultacji online. Uprawniony nie może udostępniać usługi w postaci Konsultacji online innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. W ramach Konsultacji online uprawniony otrzymuje świadczenie medyczne, w tym w ramach usługi mogą być wystawione skierowanie na badania, skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania innej Porady Telemedycznej lub skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania świadczenia medycznego

w ramach usługi stacjonarnej, e-recepta na leki do kontynuacji leczenia przewlekłego, e-recepta de novo w oparciu o dokumentację medyczną oraz wskazania medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online, orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online może odmówić zdalnej porady i skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas Konsultacji online nie są wystawiane e-zwolnienia, oraz skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące oraz skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty podczas Konsultacji online należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego. Lekarz podczas Konsultacji online nie wystawia e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja awaryjna).

Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowane wizyty w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.
Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- interny
- pediatrii
- lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga:
Świadczenie medyczne Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej nie obejmuje: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje lekarzy specjalistów

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.
W przypadku:
uprawnionych powyżej 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- chirurgii ogólnej
- ginekologii
- laryngologii
- neurologii
- okulistyki
- urologii

uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- chirurgii
- ginekologii (od 16 r.ż.)
- laryngologii
- neurologii
- okulistyki

Uwaga:
Konsultacje lekarzy specjalistów nie obejmują: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Zabiegi pielęgniarskie

Świadczenia medyczne obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie lekarza, w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi pielęgniarskie obejmują:
Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:

- Iniekcja dożylna
- Iniekcja podskórna / domięśniowa
- Kroplówka w sytuacji doraźnej
- Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
- Pobranie krwi
- Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania lekarza)
- Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza)
- Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi

Uwaga:
Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Zabiegi ambulatoryjne

Świadczenia medyczne obejmujące pomiary podstawowe, zabiegi w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony ma

prawo w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- Szycie rany do 1,5 cm
- Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
- Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (nie obejmuje zdejmowania szwów po porodzie)

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Kateteryzacja trąbki słuchowej
- Płukanie ucha
- Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha
- Proste opatrunki laryngologiczne
- Koagulacja naczyń przegrody nosa
- Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa
- Usunięcie tamponady nosa
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza
- Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- Usunięcie ciała obcego z oka
- Badanie ostrości widzenia
- Standardowe* badanie autorefraktometrem
- Podanie leku do worka spojówkowego
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- Płukanie kanalików łzowych (dot. uprawnionych powyżej 18 r.ż.)

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy

Znieczulenia

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne

Uwaga:
Materiały i środki medyczne, takie jak: opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Świadczenie medyczne jest dostępne dla uprawnionych, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowane wyłącznie w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Świadczenie obejmuje **jednorazowe wykonanie bez skierowania** lekarza w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Cholesterol całkowity
- Glukoza na czczo
- Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla uprawnionych już od 16 r.ż.)

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa

Uprawnionemu przysługuje **rabat 25%** od cennika placówki medycznej na niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy placówek medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach.

Diagnostyka laboratoryjna:

Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- INR / Czas protrombinowy
- APTT

Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Bilirubina całkowita
- Chlorki / Cl
- Cholesterol całkowity
- Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h)
- Glukoza na czczo
- Glukoza 120’ po jedzeniu
- Glukoza 60’ po jedzeniu
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach
- Kreatynina
- Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN
- Potas / K
- Sód / Na
- Żelazo / Fe
- Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- TSH / hTSH
- PSA całkowite

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR
- HBs Ag / antygen

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

- Mocz – badanie ogólne

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Posiew moczu
- Kał posiew ogólny

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- Kał badanie ogólne

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- Standardowa* cytologia szyjki macicy

Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Cholesterol badanie paskowe
- Glukoza badanie glukometrem
- Troponina – badanie paskowe

Diagnostyka obrazowa:
Badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG – spoczynkowe

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):

- RTG czaszki oczodoły
- RTG oczodoły + boczne (2 projekcje)
- RTG czaszki PA + bok
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG mostka AP
- RTG mostka / boczne klatki piersiowej

Badania ultrasonograficzne:

- USG jamy brzusznej

Inne badania diagnostyczne:

- Spirometria bez leku
- Audiometr standardowy*

Uwaga:
W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej. Świadczenie medyczne nie obejmuje testów paskowych, a diagnostyka obrazowa w zakresie USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Załącznik nr 1 do OWU został zatwierdzony Uchwałą nr 167/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 08 października 2024 roku i wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2024 roku.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 2 do OWU
Pakiet Podstawowy

Skrócony wykaz świadczeń	
Telefoniczna Pomoc Medyczna	•
Konsultacje online	•
Konsultacje specjalistów lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej	•
Konsultacje lekarzy specjalistów	•
Zabiegi pielęgniarskie	•
Zabiegi ambulatoryjne	•
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	•
Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa	•
Dostęp do placówek własnych	•
Dostęp do placówek współpracujących	•
Refundacja „Twój wybór”	•

Szczegółowy wykaz świadczeń:

Telefoniczna pomoc medyczna

Telefoniczna Pomoc Medyczna (tel. 22 33 22 883; koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora w sytuacjach wymagających pilnego uzyskania porady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub telefonicznych systemów łączności.
Świadczenie medyczne obejmuje możliwość skorzystania z Telefonicznej Pomocy Medycznej udzielanej przez specjalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarki) w zakresie interny/medycyny rodzinnej/pediatrii/pielęgniarstwa pod numerem ogólnopolskiej Infolinii Grupy LUX MED, przez 24 godziny na dobę.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny może skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, zadecydować o wezwaniu karetki pogotowia lub skierować w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Uwaga:
Podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej nie są wystawiane e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcję postkoitalną (antykoncepcja awaryjna), oraz skierowania na badania podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące, skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Świadczenie medyczne w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego. Uprawniony nie może udostępniać świadczenia medycznego w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje usługi ratunkowej w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty / e-zwolnienia podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty / e-zwolnienia kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego.

Konsultacje online

Konsultacja online jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia uprawnionym możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać uprawnieni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce ”Konsultacje online”. Uprawniony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.
Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej uprawnionego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez uprawnionego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej uprawnionego. W zakres Konsultacji online wchodzą niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą.
Świadczenie medyczne obejmuje Konsultacje online w następującym zakresie:

- interny/medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.)
- pediatrii (do 18 r.ż.)
- pielęgniarstwa pediatrycznego
- położnictwa

Uwaga:
Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. W celu skorzystania z Konsultacji online uprawniony po zalogowaniu się do konta na Portalu Pacjenta w zakładce „Konsultacje online” ustawia się w kolejce oczekujących na skorzystanie z usługi. Świadczenie usług w postaci Konsultacji online odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego do świadczeń medycznych z tytułu Konsultacji online. Uprawniony nie może udostępniać usługi w postaci Konsultacji online innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. W ramach Konsultacji online uprawniony otrzymuje świadczenie medyczne, w tym w ramach usługi mogą być wystawione skierowanie na badania, skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania innej Porady Telemedycznej lub skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania świadczenia medycznego

w ramach usługi stacjonarnej, e-recepta na leki do kontynuacji leczenia przewlekłego, e-recepta de novo w oparciu o dokumentację medyczną oraz wskazania medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online, orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online może odmówić zdalnej porady i skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas Konsultacji online nie są wystawiane e-zwolnienia, oraz skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące oraz skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty podczas Konsultacji online należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego. Lekarz podczas Konsultacji online nie wystawia e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja awaryjna).

Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowane wizyty w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.
Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- interny
- pediatrii
- lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga:
Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej nie obejmują: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje lekarzy specjalistów

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.

W przypadku:
uprawnionych powyżej 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- alergologii
- anestezjologii
- angiologii
- chirurgii ogólnej
- chirurgii onkologicznej
- ginekologii
- immunologii
- kardiologii
- laryngologii
- neurologii
- okulistyki
- reumatologii
- urologii

uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- chirurgii
- ginekologii (od 16 r.ż.)
- laryngologii
- neurologii
- okulistyki

Uwaga:
Konsultacje lekarzy specjalistów nie obejmują: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Zabiegi pielęgniarskie

Świadczenia medyczne obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie lekarza, w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.
Zabiegi pielęgniarskie obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:

- Iniekcja dożylna
- Iniekcja podskórna / domięśniowa
- Kroplówka w sytuacji doraźnej
- Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
- Pobranie krwi
- Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania lekarza)
- Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza)
- Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi

Uwaga:
Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Zabiegi ambulatoryjne

Świadczenia medyczne obejmujące pomiary podstawowe, zabiegi w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- Szycie rany do 1,5 cm
- Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
- Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (nie obejmuje zdejmowania szwów po porodzie)

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Kateteryzacja trąbki słuchowej
- Płukanie ucha
- Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha
- Proste opatrunki laryngologiczne
- Koagulacja naczyń przegrody nosa
- Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa
- Usunięcie tamponady nosa
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza
- Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- Usunięcie ciała obcego z oka
- Badanie ostrości widzenia
- Standardowe* badanie autorefraktometrem
- Podanie leku do worka spojówkowego
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- Płukanie kanalików łzowych (dot. uprawnionych powyżej 18 r.ż.)

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy

Znieczulenia

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne

Uwaga:
Materiały i środki medyczne, takie jak: opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Świadczenie medyczne jest dostępne dla uprawnionych, którzy ukończyli 18 r.ż., za wyjątkiem badań, w których wskazany jest niższy limit wieku i jest realizowane wyłącznie w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Świadczenie obejmuje **jednorazowe wykonanie bez skierowania** lekarza w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, w ramach panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Cholesterol całkowity
- Glukoza na czczo
- Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla uprawnionych już od 16 r.ż.)

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa

Świadczenie obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy placówek medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach.

Diagnostyka laboratoryjna:
Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- INR / Czas protrombinowy
- APTT

Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:
- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Bilirubina całkowita
- Chlorki / Cl
- Cholesterol całkowity
- Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h)
- Glukoza na czczo
- Glukoza 120' po jedzeniu
- Glukoza 60' po jedzeniu
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach
- Kreatynina
- Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN
- Potas / K
- Sód / Na
- Żelazo / Fe
- Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- TSH / hTSH
- PSA całkowite

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:
- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR
- HBs Ag / antygen

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:
- Mocz – badanie ogólne

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):
- Posiew moczu
- Kał posiew ogólny

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:
- Kał badanie ogólne

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:
- Standardowa* cytologia szyjki macicy

Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:
- Cholesterol badanie paskowe
- Glukoza badanie glukometrem
- Troponina – badanie paskowe

Diagnostyka obrazowa:
Badania elektrokardiograficzne:
- Badanie EKG – spoczynkowe

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):
- RTG czaszki oczodoły
- RTG oczodoły + boczne (2 projekcje)
- RTG czaszki PA + bok
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG mostka AP
- RTG mostka / boczne klatki piersiowej

Badania ultrasonograficzne:
- USG jamy brzusznej

Inne badania diagnostyczne:
- Spirometria bez leku
- Audiometr standardowy*

Uwaga:
W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej. Świadczenie medyczne nie obejmuje testów paskowych, a diagnostyka obrazowa w zakresie USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji.

Refundacja „Twój wybór"

W zakresie Refundacji „Twój wybór" ubezpieczyciel zobowiązuje się do refundacji poniesionych kosztów świadczeń medycznych udzielonych uprawnionemu przez placówkę medyczną w zakresie określonym w niniejszym Załączniku do OWU. Ubezpieczyciel dokona zwrotu poniesionych przez uprawnionego kosztów do wysokości kwoty określonej w Cenniku Refundacji „Twój wybór" i nie więcej niż 500 zł kwartalnie na uprawnionego. Świadczenia nie wymienione w Cenniku refundacji „Twój wybór" nie podlegają refundacji.

Refundacja zostanie dokonana na podstawie złożonego wniosku wraz z kompletem dokumentów. Szczegółowe warunki Refundacji „Twój Wybór”, wymogi dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów oraz zasady dokonywania zwrotów wraz z Cennikiem Refundacji określa Załącznik nr 8 do OWU, który wraz z wnioskiem dostępny jest na stronie internetowej www.warta.pl.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Załącznik nr 2 do OWU został zatwierdzony Uchwałą nr 167/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 08 października 2024 roku i wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2024 roku.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 3 do OWU
Pakiet Rozszerzony

Skrócony wykaz świadczeń	
Telefoniczna Pomoc Medyczna	•
Konsultacje online	•
Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej	•
Konsultacje lekarzy specjalistów	•
Konsultacje lekarzy dyżurnych	•
Zabiegi pielęgniarskie	•
Zabiegi ambulatoryjne	•
Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi	•
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	•
Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa	•
Dostęp do placówek własnych	•
Dostęp do placówek współpracujących	•
Refundacja „Twój wybór”	•

Szczegółowy wykaz świadczeń:

Telefoniczna Pomoc Medyczna

Telefoniczna Pomoc Medyczna (tel. 22 33 22 883; koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora w sytuacjach wymagających pilnego uzyskania porady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub telefonicznych systemów łączności.
Świadczenie medyczne obejmuje możliwość skorzystania z Telefonicznej Pomocy Medycznej udzielanej przez specjalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarki) w zakresie interny/medycyny rodzinnej/pediatrii/pielęgniarstwa pod numerem ogólnopolskiej Infolinii Grupy LUX MED, przez 24 godziny na dobę.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny może skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, zadecydować o wezwaniu karetki pogotowia lub skierować w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Uwaga:
Podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej nie są wystawiane e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcję postkoitalną (antykoncepcja awaryjna), oraz skierowania na badania podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące, skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Świadczenie medyczne w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego. Uprawniony nie może udostępniać świadczenia medycznego w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje usługi ratunkowej w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty / e-zwolnienia podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty / e-zwolnienia kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego.

Konsultacje online

Konsultacja online jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia uprawnionym możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać uprawnieni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce ”Konsultacje online”. Uprawniony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.
Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej uprawnionego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez uprawnionego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej uprawnionego. W zakres Konsultacji online wchodzą niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą.

Świadczenie medyczne obejmuje Konsultacje online w następującym zakresie:
- interny/medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.)
- pediatrii (do 18 r.ż.)
- pielęgniarstwa pediatrycznego
- położnictwa

Uwaga:
Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. W celu skorzystania z Konsultacji online uprawniony po zalogowaniu się do konta na Portalu Pacjenta w zakładce „Konsultacje online” ustawia się w kolejce oczekujących na skorzystanie z usługi. Świadczenie usług w postaci Konsultacji online odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako osoba uprawniona do świadczeń

medycznych z tytułu Konsultacji online. Uprawniony nie może udostępniać usługi w postaci Konsultacji online innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. W ramach Konsultacji online uprawniony otrzymuje świadczenie medyczne, w tym w ramach usługi mogą być wystawione skierowanie na badania, skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania innej Porady Telemedycznej lub skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania świadczenia medycznego w ramach usługi stacjonarnej, e-recepta na leki do kontynuacji leczenia przewlekłego, e-recepta de novo w oparciu o dokumentację medyczną oraz wskazania medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online, orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online może odmówić zdalnej porady i skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas Konsultacji online nie są wystawiane e-zwolnienia, oraz skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące oraz skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty podczas Konsultacji online należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego. Lekarz podczas Konsultacji online nie wystawia e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja awaryjna).

Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowane wizyty w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.
Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- interny
- pediatrii
- lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga:
Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej nie obejmują: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje lekarzy specjalistów

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowany dostęp bez skierowania do konsultacji lekarzy w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego.
Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.
W przypadku:
uprawnionych powyżej 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- alergologii
- anestezjologii
- angiologii
- chirurgii ogólnej
- chirurgii onkologicznej
- diabetologii
- ginekologii
- immunologii
- kardiologii
- laryngologii
- nefrologii
- neurologii
- okulistyki
- proktologii
- pulmonologii
- reumatologii
- urologii

uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- chirurgii
- ginekologii (od 16 r.ż.)
- laryngologii
- neurologii
- okulistyki

Uwaga:
Konsultacje lekarzy specjalistów nie obejmują: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje lekarzy dyżurnych

Świadczenie medyczne obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, które wystąpiło w ciągu 24 h poprzedzających zgłoszenie potrzeby konsultacji na infolinii operatora. Lekarze dyżurni są dostępni w wyznaczonych placówkach medycznych wskazanych przez infolinię, wyłącznie w dniu zgłoszenia potrzeby konsultacji.
Świadczenie nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).
Usługa zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- interny
- pediatrii
- lekarz medycyny rodzinnej

Zabiegi pielęgniarskie

Świadczenia medyczne obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie lekarza, w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi pielęgniarskie obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:

- Iniekcja dożylna
- Iniekcja podskórna / domięśniowa
- Kroplówka w sytuacji doraźnej
- Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
- Pobranie krwi
- Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania lekarza)
- Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza)
- Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi

Uwaga:
Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Zabiegi ambulatoryjne

Świadczenia medyczne obejmujące pomiary podstawowe, zabiegi w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony ma prawo w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- Szycie rany do 1,5 cm
- Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
- Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (nie obejmuje zdejmowania szwów po porodzie)

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Kateteryzacja trąbki słuchowej
- Płukanie ucha
- Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha
- Proste opatrunki laryngologiczne
- Koagulacja naczyń przegrody nosa
- Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa
- Usunięcie tamponady nosa
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza
- Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- Usunięcie ciała obcego z oka
- Badanie ostrości widzenia
- Standardowe* badanie autorefraktometrem
- Podanie leku do worka spojówkowego
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- Płukanie kanalików łzowych (dot. uprawnionych powyżej 18 r.ż.)

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy

Znieczulenia

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne

Uwaga:
Materiały i środki medyczne, takie jak: opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi

Świadczenie medyczne obejmuje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych szczepienia przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyna przeciwtężcową).
Usługa składa się z:

- konsultacji lekarskiej przed szczepieniem
- szczepionki (preparat)
- wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji

Szczepienia realizowane są w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela.

Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Świadczenie medyczne jest dostępne dla uprawnionych, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowane wyłącznie w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Świadczenie obejmuje **jednorazowe wykonanie bez skierowania** lekarza w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Cholesterol całkowity
- Glukoza na czczo
- Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla uprawnionych już od 16 r.ż.)

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa

Świadczenie medyczne obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy placówek medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach.

Diagnostyka laboratoryjna:
Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- INR / Czas protrombinowy
- Czas trombinowy – TT
- APTT
- Fibrynogen

Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP ilościowo
- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Amylaza
- Albuminy
- Białko całkowite
- Bilirubina całkowita
- Bilirubina bezpośrednia
- Chlorki / Cl
- Cholesterol całkowity
- HDL Cholesterol
- LDL Cholesterol
- LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio
- CK (kinaza kreatynowa)
- LDH – dehydrogen. mlecz.
- Fosfataza zasadowa
- Fosfataza kwaśna
- Fosfor / P
- GGTP
- Test obciążenia glukozą (4pkt, 75g, 0, 1, 2, 3h)
- Glukoza na czczo
- Glukoza 120’ po jedzeniu
- Glukoza 60’ po jedzeniu
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Magnez / Mg
- Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN
- Potas / K
- Proteinogram
- Sód / Na
- Trójglicerydy
- Wapń / Ca
- Żelazo / Fe
- Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
- Immunoglobulin IgA
- Immunoglobulin IgG
- Immunoglobulin IgM
- Kwas foliowy
- Witamina B12
- Całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC – zastępuje Saturację Fe
- Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Ferrytyna
- Ceruloplazmina
- Transferyna
- Tyreoglobulina
- Apolipoproteina A1
- Lipaza
- Miedź
- TSH / hTSH
- T3 Wolne
- T4 Wolne
- Total Beta-hCG
- AFP – alfa-fetoproteina
- PSA – wolna frakcja
- PSA całkowite
- CEA – antygen carcinoembrionalny

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR
- ASO ilościowo
- ASO jakościowo
- RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo
- Odczyn Waaler-Rose
- Test BTA
- Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe
- P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / – /)
- HBs Ag / antygen
- CMV IgG
- CMV IgM
- HBs Ab / przeciwciała
- HIV I / HIV II
- EBV / Mononukleoza – lateks
- EBV / Mononukleoza IgG
- EBV / Mononukleoza IgM
- Toksoplazmoza IgG
- Toksoplazmoza IgM

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

- Mocz – badanie ogólne
- Białko w moczu
- Białko całkowite / DZM
- Fosfor w moczu
- Fosfor w moczu / DZM
- Kreatynina w moczu
- Kreatynina w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu
- Magnez / Mg w moczu
- Magnez / Mg w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN w moczu
- Sód / Na w moczu
- Sód / Na w moczu / DZM
- Wapń w moczu
- Wapń w moczu / DZM
- Potas / K w moczu
- Potas / K w moczu / DZM
- Ołów / Pb w moczu

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Posiew moczu
- Kał posiew ogólny
- Wymaz z gardła / migdałków – posiew tlenowy
- Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy
- Wymaz z języka – posiew tlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy
- Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS
- Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy
- Wymaz z pochwy – posiew tlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- Kał posiew w kierunku SS
- Czystość pochwy (biocenoza pochwy)
- Wymaz z kanału szyjki macicy
- Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z kanału szyjki macicy

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- Kał badanie ogólne
- Krew utajona w kale / F.O.B.

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- Standardowa* cytologia szyjki macicy

Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Kał posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z gardła / migdałków posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z języka posiew w kierunku grzybów drożdż.

Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP – test paskowy
- Cholesterol badanie paskowe
- Glukoza badanie glukometrem
- Troponina – badanie paskowe

Diagnostyka obrazowa:

Badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG – spoczynkowe
- Standardowa* próba wysiłkowa

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):

- RTG czaszki oczodoły
- RTG oczodoły + boczne (2 projekcje)
- RTG czaszki PA + bok
- RTG czaszki PA + bok + podstawa
- RTG czaszki podstawa
- RTG czaszki półosiowe wg Orleya
- RTG czaszki siodło tureckie
- RTG czaszki styczne
- RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych
- RTG twarzoczaszki
- RTG jamy brzusznej inne
- RTG jamy brzusznej na leżąco
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej inne
- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
- RTG kości krzyżowej i guzicznej
- RTG nosa boczne
- RTG podudzia (goleni) AP + bok
- RTG podudzia (goleni) AP + bok obu
- RTG uda + podudzia
- RTG kości udowej AP + bok lewej
- RTG kości udowej AP + bok prawej
- RTG barku / ramienia – osiowe
- RTG barku / ramienia – osiowe obu
- RTG barku / ramienia AP + bok
- RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze
- RTG barku / ramienia AP
- RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze
- RTG przedramienia AP + bok
- RTG przedramienia obu przedramion AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok
- RTG kości skroniowych transorbitalne
- RTG kości skroniowych wg Schullera / Steversa
- RTG piramid kości skroniowej transorbitalne
- RTG ręki bok
- RTG ręki PA
- RTG ręki PA obu
- RTG palec / palce PA + bok / skos
- RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk
- RTG kości łódeczkowatej
- RTG stopy AP + bok / skos
- RTG stopy AP + bok / skos – na stojąco
- RTG stopy AP + bok / skos obu
- RTG stopy AP + bok / skos obu – na stojąco
- RTG stóp AP (porównawczo)
- RTG kości śródstopia
- RTG palca / palców stopy AP + bok / skos

- RTG pięty + osiowe
- RTG pięty boczne
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa lędźwiowego bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok
- RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa piersiowego bok
- RTG kręgosłupa piersiowego skosy
- RTG kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
- RTG kręgosłupa szyjnego skosy
- RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
- RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
- RTG łopatki
- RTG miednicy i stawów biodrowych
- RTG mostka AP
- RTG mostka / boczne klatki piersiowej
- RTG żuchwy
- RTG zatok przynosowych
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG nadgarstka boczne
- RTG nadgarstka boczne – obu
- RTG nadgarstka PA + bok
- RTG nadgarstka PA + bok obu
- RTG ręki PA + skos
- RTG ręki PA + skos obu
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego
- RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu
- RTG rzepki osiowe obu
- RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach
- RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy
- RTG stawu biodrowego AP
- RTG stawu biodrowego AP obu
- RTG stawu biodrowego osiowe
- RTG stawu kolanowego AP + bok
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu – na stojąco
- RTG stawu kolanowego boczne
- RTG stawu łokciowego
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu
- RTG nosogardła
- RTG barku (przez klatkę)
- RTG barku AP + osiowe
- RTG obojczyka

Badania ultrasonograficzne:
- USG jamy brzusznej
- USG piersi
- USG tarczycy
- USG prostaty przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transwaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne

Badania endoskopowe:
- Anoskopia

Rezonans magnetyczny bez środków kontrastowych:
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy głowy
- MR – Rezonans magnetyczny głowy

Tomografia komputerowa bez środków kontrastowych:
- TK – Tomografia komputerowa głowy

Inne badania diagnostyczne:
- Spirometria bez leku
- Audiometr standardowy*
- Mammografia
- Mammografia – zdjęcie celowane

Uwaga:
W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce. Świadczenie nie obejmuje testów paskowych, a diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).

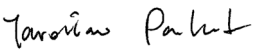
Refundacja „Twój wybór”

W zakresie Refundacji „Twój wybór” ubezpieczyciel zobowiązuje się do refundacji poniesionych kosztów świadczeń medycznych udzielonych uprawnionemu przez placówkę medyczną w zakresie określonym w niniejszym Załączniku do OWU. Ubezpieczyciel dokona zwrotu poniesionych przez uprawnionego kosztów do wysokości kwoty określonej w Cenniku Refundacji „Twój wybór” i nie więcej niż 500 zł kwartalnie na uprawnionego. Świadczenia nie wymienione w Cenniku refundacji „Twój wybór” nie podlegają refundacji.
Refundacja zostanie dokonana na podstawie złożonego wniosku wraz z kompletem dokumentów. Szczegółowe warunki Refundacji „Twój Wybór”, wymogi dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów oraz zasady dokonywania zwrotów wraz z Cennikiem Refundacji określa Załącznik nr 8 do OWU, który wraz z wnioskiem dostępny jest na stronie internetowej www.warta.pl.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Załącznik nr 3 do OWU został zatwierdzony Uchwałą nr 167/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 08 października 2024 roku i wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2024 roku.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 4 do OWU
Pakiet Komfortowy

Skrócony wykaz świadczeń	
Telefoniczna Pomoc Medyczna	•
Konsultacje online	•
Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej	•
Konsultacje lekarzy specjalistów	•
Konsultacje specjalistów: psychiatra, psycholog, androlog, seksuolog, logopeda	•
Konsultacje lekarzy dyżurnych	•
Zabiegi pielęgniarskie	•
Zabiegi ambulatoryjne	•
Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi	•
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	•
Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa	•
Testy alergiczne	•
Prowadzenie ciąży	•
Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia	•
Wizyty domowe	•
Druga opinia medyczna	•
Rabat 10% na usługi ambulatoryjne nieobjęte zakresem produktu w placówkach LUX MED i Medycyna Rodzinna z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii	•
Rabat 10% na procedury medyczne ofertowane w PROFEMED	•
Rabat 10% na procedury medyczne ofertowane w Szpitalu LUX MED	•
Rabat 10% na procedury medyczne ofertowane w Szpitalu Carolina Medical Center	•
Dostęp do placówek własnych	•
Dostęp do placówek współpracujących	•
Refundacja „Twój wybór”	•

Szczegółowy wykaz świadczeń:

Telefoniczna Pomoc Medyczna

Telefoniczna Pomoc Medyczna (tel. 22 33 22 883; koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora w sytuacjach wymagających pilnego uzyskania porady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub telefonicznych systemów łączności.
Świadczenie medyczne obejmuje możliwość skorzystania z Telefonicznej Pomocy Medycznej udzielanej przez specjalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarki) w zakresie interny/medycyny rodzinnej/pediatrii/pielęgniarstwa pod numerem ogólnopolskiej Infolinii Grupy LUX MED, przez 24 godziny na dobę.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny może skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, zadecydować o wezwaniu karetki pogotowia lub skierować w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Uwaga:
Podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej nie są wystawiane e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcję postkoitalną (antykoncepcja awaryjna), oraz skierowania na badania podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące, skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Świadczenie medyczne w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego. Uprawniony nie może udostępniać świadczenia medycznego w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje usługi ratunkowej w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty / e-zwolnienia podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty / e-zwolnienia kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego.

Konsultacje online

Konsultacja online jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia uprawnionym możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać uprawnieni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce ”Konsultacje online”. Uprawniony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.

Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej uprawnionego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez uprawnionego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej uprawnionego. W zakres Konsultacji online wchodzą niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą.

Świadczenie medyczne obejmuje Konsultacje online w następującym zakresie:
- interny/medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.)
- pediatrii (do 18 r.ż.)
- pielęgniarstwa pediatrycznego
- położnictwa

Uwaga:
Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. W celu skorzystania z Konsultacji online uprawniony po zalogowaniu się do konta na Portalu Pacjenta w zakładce „Konsultacje online" ustawia się w kolejce oczekujących na skorzystanie z usługi. Świadczenie usług w postaci Konsultacji online odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako osoba uprawniona do świadczeń medycznych z tytułu Konsultacji online. Uprawniony nie może udostępniać usługi w postaci Konsultacji online innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. W ramach Konsultacji online uprawniony otrzymuje świadczenie medyczne, w tym w ramach usługi mogą być wystawione skierowanie na badania, skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania innej Porady Telemedycznej lub skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania świadczenia medycznego w ramach usługi stacjonarnej, e-recepta na leki do kontynuacji leczenia przewlekłego, e-recepta de novo w oparciu o dokumentację medyczną oraz wskazania medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online, orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online może odmówić zdalnej porady i skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas Konsultacji online nie są wystawiane e-zwolnienia, oraz skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące oraz skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty podczas Konsultacji online należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego. Lekarz podczas Konsultacji online nie wystawia e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja awaryjna).

Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowane wizyty w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.
Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:
- interny
- pediatrii
- lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga:
Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej nie obejmują: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje lekarzy specjalistów

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.
W przypadku:
uprawnionych powyżej 18 r.ż. – wizyty **bez skierowania** dotyczą konsultacji w następującym zakresie:
- alergologii
- anestezjologii
- angiologii
- chirurgii ogólnej
- chirurgii onkologicznej
- dermatologii
- diabetologii
- endokrynologii
- gastroenterologii
- ginekologii
- hematologii
- immunologii
- kardiologii
- laryngologii
- nefrologii
- neurologii
- okulistyki
- onkologii
- ortopedii
- pulmonologii
- proktologii
- reumatologii
- urologii

uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty **bez skierowania** dotyczą konsultacji w następującym zakresie:
- chirurgii
- dermatologii
- ginekologii (od 16 r.ż.)
- neurologii
- okulistyki
- ortopedii
- laryngologii

uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty **wymagają skierowania** od lekarza placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela i dotyczą konsultacji w następującym zakresie:
- alergologii
- gastroenterologii
- kardiologii
- nefrologii
- pulmonologii
- reumatologii
- urologii

Uwaga:
Konsultacje lekarzy specjalistów nie obejmują: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje specjalistów: psychiatra, psycholog, androlog, seksuolog, logopeda

Świadczenie medyczne umożliwia uprawnionemu skorzystanie ogółem łącznie z **3 konsultacji** w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w zakresie:
W przypadku:
uprawnionych powyżej 18 r.ż. – wizyty **bez skierowania,** dotyczą konsultacji w zakresie:

- psychiatrii
- psychologii
- seksuologii
- andrologii
- logopedii

uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty **bez skierowania,** dotyczą konsultacji w zakresie:

- psychiatrii
- psychologii
- logopedii

Uwaga:
Świadczenie medyczne obejmuje: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Usługa nie obejmuje konsultacji profesorskich, surdo- i neurologopedii jak również prowadzenia terapii.

Konsultacje lekarzy dyżurnych

Świadczenie medyczne obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, które wystąpiło w ciągu 24 h poprzedzających zgłoszenie potrzeby konsultacji na infolinii operatora. Lekarze dyżurni są dostępni w wyznaczonych placówkach medycznych wskazanych przez infolinię, wyłącznie w dniu zgłoszenia potrzeby konsultacji.
Świadczenie nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).

Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- interny
- pediatrii
- lekarz medycyny rodzinnej

Zabiegi pielęgniarskie

Świadczenia medyczne obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie lekarza, w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi pielęgniarskie obejmują:
Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:

- Iniekcja dożylna
- Iniekcja podskórna / domięśniowa
- Kroplówka w sytuacji doraźnej
- Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
- Pobranie krwi
- Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania lekarza)
- Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza)
- Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi

Uwaga:
Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Zabiegi ambulatoryjne

Świadczenia medyczne obejmujące pomiary podstawowe zabiegi, w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w wyznaczonej placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi ambulatoryjne obejmują:
Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- Szycie rany do 1,5 cm
- Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
- Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (nie obejmuje zdejmowania szwów po porodzie)

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Kateteryzacja trąbki słuchowej
- Płukanie ucha
- Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha
- Proste opatrunki laryngologiczne
- Koagulacja naczyń przegrody nosa
- Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa
- Usunięcie tamponady nosa
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza
- Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- Usunięcie ciała obcego z oka
- Badanie ostrości widzenia
- Standardowe* badanie autorefraktometrem
- Podanie leku do worka spojówkowego
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- Płukanie kanalików łzowych (dot. uprawnionych powyżej 18 r.ż.

Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:

- Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy
- Nastawienie zwichnięcia lub złamania
- Przygotowanie gips tradycyjny – opaska
- Założenie gipsu
- Zdjęcie gipsu – kończyna dolna
- Zdjęcie gipsu – kończyna górna
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały

Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne:

- Standardowa* dermatoskopia

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy

Zabiegi ambulatoryjne alergologiczne:

- Odczulanie wraz z konsultacją alergologa

Znieczulenia:

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne

Uwaga:
Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi

Świadczenie medyczne obejmuje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych szczepienia przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyna przeciwtężcową).
Usługa składa się z:

- konsultacji lekarskiej przed szczepieniem
- szczepionki (preparat)
- wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji

Szczepienia realizowane są w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela.

Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Świadczenie medyczne jest dostępna dla uprawnionych, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowane wyłącznie w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Świadczenie medyczne obejmuje **jednorazowe wykonanie bez skierowania** lekarza w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Cholesterol całkowity
- Glukoza na czczo
- Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla uprawnionych już od 16 r.ż.)

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa

Świadczenie medyczne obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach świadczenia wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy placówek medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach.

Diagnostyka laboratoryjna:

Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- Rozmaz ręczny krwi
- Płytki krwi
- INR / Czas protrombinowy
- Czas trombinowy – TT
- D – Dimery
- APTT
- Fibrynogen

Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP ilościowo
- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Amylaza
- Albuminy
- Białko całkowite
- Bilirubina całkowita
- Bilirubina bezpośrednia
- Chlorki / Cl
- Cholesterol
- HDL Cholesterol
- LDL Cholesterol
- LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio
- CK (kinaza kreatynowa)
- LDH – dehydrogen. mlecz.
- Fosfataza zasadowa /
- Fosfataza kwaśna
- Fosfor / P
- GGTP
- Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3h)
- Glukoza na czczo
- Glukoza 120’ po jedzeniu
- Glukoza 60’ po jedzeniu
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Magnez / Mg
- Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN
- Potas / K
- Proteinogram
- Sód / Na
- Trójglicerydy
- Wapń / Ca
- Żelazo / Fe
- Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
- Immunoglobulin IgA
- Immunoglobulin IgG
- Immunoglobulin IgM
- Kwas foliowy
- Witamina B12
- Całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC – zastępuje Saturację Fe
- Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Ferrytyna
- Ceruloplazmina
- Transferyna
- Tyreoglobulina
- Apolipoproteina A1
- Lipaza
- Miedź
- Kortyzol po południu
- Kortyzol rano
- Prolaktyna 120’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna 30’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna 60’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna
- TSH / hTSH
- Estradiol
- FSH
- T3 Wolne
- T4 Wolne
- Total Beta-hCG
- LH
- Progesteron
- Testosteron
- Testosteron wolny
- AFP – alfa-fetoproteina
- PSA – wolna frakcja
- PSA całkowite
- CEA – antygen carcinoembrionalny
- CA 125
- CA 15.3 – antyg. raka sutka
- CA 19.9 – antyg. raka przewodu pokarmowego

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR
- ASO ilościowo
- ASO jakościowo
- RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo
- Odczyn Waaler-Rose
- Test BTA
- Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe
- P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / – /)
- HBs Ag / antygen
- P / ciała a-mikrosomalne / Anty TPO
- P / ciała a-tyreoglobulinowe / Anty TG
- CMV IgG
- CMV IgM
- HBs Ab / przeciwciała
- HCV Ab / przeciwciała
- Helicobacter Pylori IgG ilościowo
- HIV I / HIV II
- EBV / Mononukleoza – lateks
- EBV / Mononukleoza IgG
- EBV / Mononukleoza IgM
- Różyczka IgG
- Różyczka IgM
- Toksoplazmoza IgG
- Toksoplazmoza IgM
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgA
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgG
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgM
- HBc Ab IgM

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

- Mocz – badanie ogólne
- Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu
- Białko w moczu
- Białko całkowite / DZM
- Fosfor w moczu
- Fosfor w moczu / DZM
- Kreatynina w moczu
- Kreatynina w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu
- Magnez / Mg w moczu
- Magnez / Mg w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN w moczu
- Sód / Na w moczu
- Sód / Na w moczu / DZM
- Wapń w moczu
- Wapń w moczu / DZM
- Kwas delta – aminolewulinowy (ALA)
- Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM
- Potas / K w moczu
- Potas / K w moczu / DZM
- Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM
- Kortyzol w DZM
- Metoksykatecholaminy w DZM
- Ołów / Pb w moczu

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (świadczenie nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Posiew moczu
- Kał posiew ogólny
- Wymaz z gardła / migdałków – posiew tlenowy
- Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy
- Wymaz z języka – posiew tlenowy
- Wymaz z ucha – posiew beztlenowy
- Wymaz z ucha – posiew tlenowy
- Wymaz z oka – posiew tlenowy
- Wymaz z nosa
- Wymaz z nosa – posiew tlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy
- Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS
- Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy
- Wymaz z pochwy – posiew tlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- Wymaz z rany
- Wymaz z rany – posiew beztlenowy
- Kał posiew w kierunku SS
- Czystość pochwy (biocenoza pochwy)
- Posiew nasienia tlenowy
- Posiew plwociny
- Wymaz z kanału szyjki macicy
- Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
- Kał posiew w kier. E. Coli patogenne u dzieci do lat 2
- Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica
- Wymaz z cewki moczowej
- Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- Kał badanie ogólne
- Kał na pasożyty 1 próba
- Krew utajona w kale / F.O.B.
- Kał na Rota i Adenowirusy
- Kał na Lamblie ELISA

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- Standardowa* cytologia szyjki macicy

Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (świadczenie nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokieć stopy
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokieć ręki
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów włosy
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów wymaz ze skóry
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeskrobiny skórne
- Kał posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew plwociny w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wydzielina
- Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wymaz
- Wymaz z cewki moczowej posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z gardła / migdałków – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z nosa – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z nosogardła – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z oka – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z pochwy – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z rany – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z ucha – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z jamy ustnej – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z języka – posiew w kierunku grzybów drożdż.

Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania):

- Digoksyna
- Ołów

Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP – test paskowy
- Cholesterol badanie paskowe
- Glukoza badanie glukometrem
- Troponina – badanie paskowe

Diagnostyka obrazowa:
Badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG – spoczynkowe
- Standardowa* próba wysiłkowa
- Założenie standardowego* Holtera EKG (na 24h) w gabinecie
- Założenie Holtera RR (na 24h) w gabinecie

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):

- RTG czaszki oczodoły
- RTG oczodołów + boczne (2 projekcje)
- RTG czaszki PA + bok
- RTG czaszki PA + bok + podstawa
- RTG czaszki podstawa
- RTG czaszki półosiowe wg Orleya
- RTG czaszki siodło tureckie
- RTG czaszki styczne
- RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych
- RTG twarzoczaszki
- RTG jamy brzusznej inne
- RTG jamy brzusznej na leżąco
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej – RTG tomograf
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej inne
- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
- RTG kości krzyżowej i guzicznej
- RTG nosa boczne
- RTG podudzia (goleni) AP + bok
- RTG podudzia (goleni) AP + bok obu
- RTG uda + podudzia
- RTG kości udowej AP + bok lewej
- RTG kości udowej AP + bok prawej
- RTG barku / ramienia – osiowe
- RTG barku / ramienia – osiowe obu
- RTG barku / ramienia AP + bok
- RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze
- RTG barku / ramienia AP
- RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze
- RTG przedramienia AP + bok
- RTG przedramienia obu przedramion AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok
- RTG kości skroniowych transorbitalne
- RTG kości skroniowych wg Schullera / Steversa
- RTG piramid kości skroniowej transorbitalne
- RTG ręki bok
- RTG ręki PA
- RTG ręki PA obu
- RTG palec / palce PA + bok / skos
- RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk
- RTG kości łódeczkowatej
- RTG stopy AP + bok / skos
- RTG stopy AP + bok / skos – na stojąco
- RTG stopy AP + bok / skos obu
- RTG stopy AP + bok / skos obu – na stojąco
- RTG stóp AP (porównawczo)
- RTG kości śródstopia
- RTG palca / palców stopy AP + bok / skos
- RTG pięty + osiowe
- RTG pięty boczne
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa lędźwiowego bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok
- RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa piersiowego bok
- RTG kręgosłupa piersiowego skosy
- RTG kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
- RTG kręgosłupa szyjnego skosy
- RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
- RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
- RTG łopatki
- RTG miednicy i stawów biodrowych
- RTG mostka AP
- RTG mostka / boczne klatki piersiowej
- RTG żuchwy
- RTG zatok przynosowych
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG nadgarstka boczne
- RTG nadgarstka boczne – obu
- RTG nadgarstka PA + bok
- RTG nadgarstka PA + bok obu
- RTG ręki PA + skos
- RTG ręki PA + skos obu
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego
- RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu
- RTG rzepki osiowe obu
- RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach
- RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy
- RTG stawu biodrowego AP
- RTG stawu biodrowego AP obu
- RTG stawu biodrowego osiowe
- RTG stawu kolanowego AP + bok
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu – na stojąco
- RTG stawu kolanowego boczne
- RTG stawu łokciowego
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu
- RTG czynnościowe stawów skroniowo żuchwowych
- Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG nosogardła
- RTG barku (przez klatkę)
- RTG barku AP + osiowe
- RTG obojczyka

Badania ultrasonograficzne:

- USG jamy brzusznej
- USG układu moczowego
- USG piersi
- USG tarczycy
- USG prostaty przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transwaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG narządów moszny (jąder)
- USG ślinianek
- USG transrektalne prostaty
- USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych
- USG / doppler tętnic kończyn dolnych
- USG / doppler tętnic kończyn górnych
- USG / doppler żył kończyn dolnych
- USG / doppler żył kończyn górnych
- USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych
- USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego)
- USG / doppler tętnic nerkowych
- USG / doppler tętnic wewnątrzczaszkowych
- USG ciąży – rozszerzone badanie (4 D)
- USG stawów biodrowych dzieci
- USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 roku życia)
- USG stawu biodrowego
- USG stawu kolanowego
- USG stawu łokciowego
- USG stawu skokowego
- USG stawu barkowego
- USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki etc.)

- USG krwiaka pourazowego mięśni
- USG węzłów chłonnych
- USG nadgarstka
- USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów
- USG śródstopia
- USG rozcięgna podeszwowego
- USG stawów śródręcza i palców
- USG ścięgna Achillesa
- USG układu moczowego + TRUS
- USG przezciemiączkowe
- Echokardiografia – USG serca

Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych:

- Anoskopia
- Gastroskopia (z testem ureazowym)
- Rektoskopia
- Sigmoidoskopia
- Kolonoskopia
- Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej

Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- MR – Rezonans magnetyczny głowy
- MR – Rezonans magnetyczny angio głowy
- MR – Rezonans magnetyczny głowy+ angio
- MR - Rezonans magnetyczny - głowy i przysadki mózgowej
- MR – Rezonans magnetyczny twarzoczaszki
- MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej
- MR – Rezonans magnetyczny miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny miednicy kostnej
- MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny klatki piersiowej
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego
- MR – Rezonans magnetyczny oczodołów
- MR – Rezonans magnetyczny zatok
- MR – Rezonans magnetyczny przysadki
- MR – Rezonans magnetyczny stawu barkowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu łokciowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu kolanowego
- MR – Rezonans magnetyczny nadgarstka
- MR – Rezonans magnetyczny stawu skokowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu biodrowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych
- MR – Rezonans magnetyczny stopy
- MR – Rezonans magnetyczny podudzia
- MR – Rezonans magnetyczny uda
- MR – Rezonans magnetyczny przedramienia
- MR – Rezonans magnetyczny ramienia
- MR – Rezonans magnetyczny ręki

Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- TK – Tomografia komputerowa głowy
- TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki
- TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej
- TK – Tomografia komputerowa zatok
- TK – Tomografia komputerowa oczodołów
- TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych
- TK – Tomografia komputerowa szyi
- TK – Tomografia komputerowa krtani
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej - niskodawkowa
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT)
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej Trójfazowa
- TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa miednicy kostnej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego
- TK – Tomografia komputerowa nadgarstka
- TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego
- TK – Tomografia komputerowa stopy
- TK – Tomografia komputerowa uda
- TK – Tomografia komputerowa podudzia
- TK – Tomografia komputerowa ramienia
- TK – Tomografia komputerowa przedramienia
- TK – Tomografia komputerowa ręki

Inne badania diagnostyczne:

- Spirometria bez leku
- Spirometria – próba rozkurczowa
- Audiometr standardowy*
- Densytometria kręgosłup lędźwiowy (ocena kości beleczkowej) – screening
- Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening
- Badanie uroflowmetryczne
- Mammografia
- Mammografia – zdjęcie celowane
- Komputerowe pole widzenia
- Badanie adaptacji do ciemności
- Pachymetria
- EEG standardowe* w czuwaniu

Uwaga:
W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce. Diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).

Testy alergiczne

Świadczenie medyczne obejmuje testy alergiczne skórne. Testy wykonywane są na zlecenie lekarza placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela, w następującym zakresie:
Konsultacja alergologa – kwalifikacja do testów

Testy alergiczne skórne – testy wykonywane metodą nakłuć wraz z preparatem do testów alergicznych:

- testy alergiczne skórne 1 punkt
- testy alergiczne skórne panel pokarmowy
- testy alergiczne skórne panel wziewny

Uwaga:
W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu.

Prowadzenie ciąży

Świadczenie medyczne obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez lekarza w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela zgodnie ze standardami operatora i składa się z czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu w następującym zakresie:

- Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży
- Glukoza na czczo
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach
- Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe
- Estriol wolny
- HBs Ab / przeciwciała
- HBs Ag / antygen
- HCV Ab / przeciwciała
- HIV I / HIV II
- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / – /)
- Różyczka IgG
- Różyczka IgM
- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP)
- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Toksoplazmoza IgG
- Toksoplazmoza IgM
- Total Beta-hCG
- Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
- USG ciąży
- USG ciąży transwaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transwaginalne

Uwaga:
Świadczenie medyczne nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Realizacja ww. zakresu badań jest dostępna na podstawie okazania karty przebiegu ciąży wydanej uprawnionej przez placówkę medyczną wskazaną przez ubezpieczyciela. Ww. zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i umowy, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży uprawnionej, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem umowy.

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny, dostępny 1 raz w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć uprawnionego, obejmujący zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 r.ż. Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami). Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach, której uprawniony uzyskuje zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Dla kobiet zakres przeglądu obejmuje:
Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
Konsultacja ginekologiczna
Konsultacja okulistyczna
Badania laboratoryjne:

- Mocz – badanie ogólne
- Krew utajona w kale / F.O.B.
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- Glukoza na czczo
- TSH / hTSH
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Transaminaza GPT / ALT
- Standardowa* cytologia szyjki macicy

Badania obrazowe:

- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG transwaginalne
- USG piersi lub mammografia – kobiety w zależności od wskazań lekarskich
- RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych
- USG jamy brzusznej

Badania czynnościowe:

- Badanie EKG – spoczynkowe

Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program

Dla mężczyzn zakres przeglądu obejmuje:
Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
Konsultacja urologiczna
Konsultacja okulistyczna
Badania laboratoryjne:

- Mocz – badanie ogólne
- Krew utajona w kale / F.O.B.
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
- TSH / hTSH
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Transaminaza GPT / ALT
- Glukoza na czczo

Badania obrazowe:

- RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych
- USG jamy brzusznej

Badania czynnościowe:

- Badanie EKG – spoczynkowe

Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program

Uwaga:
Przegląd realizowany jest w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela dedykowanych do realizacji tej usługi. Aby umówić się na realizację przeglądu należy zgłosić ten fakt korzystając z formularza dostępnego na stronie https://www.luxmed.pl/strona-glowna/kontakt/.

Wizyty domowe

Usługa jest limitowana do 4 wizyt w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej i jest realizowana przez Lekarza pomocy doraźnej w miejscu zamieszkania uprawnionego (jeżeli miejsce zamieszkania leży w aktualnym zasięgu terytorialnym realizacji wizyt domowych), realizacja wyłącznie w uzasadnionych medycznie przypadkach, uniemożliwiających uprawnionemu przybycie do placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Do przyczyn uniemożliwiających uprawnionemu zgłoszenie się do placówki nie zalicza się w szczególności: niedogodnego dojazdu do placówki, potrzeby wypisania recepty lub wystawienia zwolnienia.
Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej udzielanym wyłącznie w dniu zgłoszenia i ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru Lekarza. O przyjęciu lub odmowie wizyty domowej decyduje dyspozytor medyczny (wskazany przez LUX MED), na podstawie uzyskanego wywiadu.
Aktualny zasięg terytorialny realizacji wizyt domowych jest opisany na stronie www.luxmed.pl. W miastach w których wizyty domowe nie są świadczone, uprawniony otrzyma zwrot kosztów. Szczegóły zwrotu kosztów znajdują się na w/w stronie. Zwrot kosztów uznaje się za zasadny wyłącznie po uprzedniej kwalifikacji uprawnionego do wizyty domowej przez dyspozytora.

Druga Opinia Medyczna

Świadczenie medyczne we współpracy z WorldCare International Inc. z siedzibą w Bostonie (Massachusetts; USA) umożliwia skonsultowanie postawionej diagnozy i planu leczenia z zespołami specjalistów współpracującymi z uznanymi na świecie akademickimi ośrodkami medycznymi w USA wchodzącymi w skład konsorcjum WorldCare Consortium, których lista dostępna jest na stronie internetowej https://www.worldcare.com/worldcare-consortium-2/ i uzyskanie drugiej opinii medycznej bez konieczności opuszczania Polski. Opinia zostaje wydana dla następujących schorzeń lub stanów chorobowych, w których postawiono rozpoznanie, stwierdzono uszkodzenie ciała lub stwierdzono konieczność przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub wykonania zabiegu:

- Nowotwory
- Zawał serca
- Choroba wieńcowa wymagająca operacji
- Śpiączka
- Udar mózgu
- Stwardnienie rozsiane
- Paraliż, Porażenie, Niedowład
- Przewlekła obturacyjna choroba płuc
- Rozedma płuc
- Choroba zapalna jelit
- Przewlekła choroba wątroby
- Niewydolność nerek
- Przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy
- Cukrzyca
- Choroba zakrzepowo - zatorowa
- Amputacje
- Reumatoidalne zapalenie stawów
- Poważne oparzenia
- Nagła utrata wzroku z powodu choroby
- Przeszczep dużych narządów
- Choroba neurodegeneracyjna / choroba Alzheimera
- Utrata słuchu
- Operacja wymiany protezy biodrowej i kolanowej
- Utrata mowy
- Poważne urazy
- Choroba Parkinsona

Każde zgłoszenie objęte ww. zakresem jest kompleksowo analizowane w czołowych ośrodkach medycznych w USA. Zespół specjalistów, na podstawie nadesłanej dokumentacji medycznej, wyników badań obrazowych i histopatologicznych, dokonuje weryfikacji diagnozy i planu leczenia zaproponowanego przez lekarza prowadzącego uprawnionego, a następnie przedstawia szczegółowy raport który może potwierdzić wcześniejszą diagnozę i sposób leczenia lub zalecić ich zmianę. Raport zawiera opis przypadku, diagnozę, zalecenia dotyczące dalszego leczenia, listę pytań do omówienia przez uprawnionego ze swoim lekarzem, informacje dotyczące specjalisty i instytucji wydającej drugą opinię medyczną – tłumaczone na język polski oraz dane o najnowszych badaniach naukowych i materiały edukacyjne dotyczące przypadku. W ramach świadczenia uprawniony w terminie 30 dni od otrzymania drugiej opinii medycznej może zadać także dodatkowe pytania dotyczące danego schorzenia, na które uzyska odpowiedź drogą elektroniczną. W razie potrzeby, w celu skonsultowania przypadku uprawnionego, możliwe jest odbycie konferencji audio między lekarzem prowadzącym a specjalistą wydającym drugą opinię.
W celu zasięgnięcia drugiej opinii medycznej należy skontaktować się z WorldCare w Polsce pod numerem telefonu 22 133 65 01.
Uwaga: Aby skorzystać ze świadczenia Drugiej Opinii Medycznej uprawniony musi być objęty ochroną w ramach pakietu obejmującego to świadczenie przez nieprzerwany okres minimum 90 dni.

Rabat 10% na pozostałe usługi świadczone przez LUX MED i Medycynę Rodzinną

Uprawnionemu przysługuje 10% rabatu na świadczenia zdrowotne, z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii, oferowane we wskazanych przez ubezpieczyciela placówkach medycznych – dotyczy placówek sieci LUX MED i Medycyny Rodzinnej wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w PROFEMED

Uprawnionemu przysługuje 10% rabatu na wszystkie usługi medyczne świadczone w placówkach PROFEMED. Informacje o świadczonych usługach dostępne są na stronie www.profemed.pl. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED

Uprawnionemu przysługuje 10% rabatu na wszystkie procedury medyczne oferowane we wskazanym przez ubezpieczyciela Szpitalu LUX MED. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu Carolina Medical Center

Uprawnionemu przysługuje 10% rabatu na wszystkie procedury medyczne oferowane przez Sport Medica SA w placówce Carolina Medical Center (informacje o placówce znajdują się na www.carolina.pl). Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabat nie obejmuje cen materiałów medycznych takich jak gips lekki, implanty, ortezy, stabilizatory, zespolenia ortopedyczne, szwy łąkotkowe, oraz cen leków podawanych do iniekcji dostawowych i dożylnych. Rabatów nie sumuje się.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Refundacja „Twój wybór”

W zakresie Refundacji „Twój wybór” ubezpieczyciel zobowiązuje się do refundacji poniesionych kosztów świadczeń medycznych udzielonych uprawnionemu przez placówkę medyczną w zakresie określonym w niniejszym Załączniku do OWU. Ubezpieczyciel dokona zwrotu poniesionych przez uprawnionego kosztów do wysokości kwoty określonej w Cenniku Refundacji „Twój wybór” i nie więcej niż 500 zł kwartalnie na uprawnionego. Świadczenia nie wymienione w Cenniku refundacji „Twój wybór” nie podlegają refundacji.
Refundacja zostanie dokonana na podstawie złożonego wniosku wraz z kompletem dokumentów. Szczegółowe warunki Refundacji „Twój Wybór”, wymogi dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów oraz zasady dokonywania zwrotów wraz z Cennikiem Refundacji określa Załącznik nr 8 do OWU, który wraz z wnioskiem dostępny jest na stronie internetowej www.warta.pl.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Załącznik nr 4 do OWU został zatwierdzony Uchwałą nr 167/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 08 października 2024 roku i wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2024 roku.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 5 do OWU
Pakiet Premium

Skrócony wykaz świadczeń	
Telefonicza Pomoc Medyczna	•
Konsultacje online	•
Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej	•
Konsultacje lekarzy specjalistów	•
Konsultacje specjalistów: psychiatra, psycholog, androlog, seksuolog, logopeda	•
Konsultacje dietetyka	•
Konsultacje lekarzy dyżurnych	•
Zabiegi pielęgniarskie	•
Zabiegi ambulatoryjne	•
Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi	•
Dodatkowe zalecane szczepienia profilaktyczne	•
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	•
Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa	•
Testy alergiczne	•
Prowadzenie ciąży	•
Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia	•
Fizjoterapia	•
Stomatologia	•
Wizyty domowe	•
Druga opinia medyczna	•
Konsylium medyczne	•
Doradca hospitalizacyjny	•
Rabat 10% na usługi ambulatoryjne nieobjęte zakresem produktu w placówkach LUX MED i Medycyna Rodzinna z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii	•
Rabat 10% na procedury medyczne ofertowane w PROFEMED	•
Rabat 10% na procedury medyczne ofertowane w Szpitalu LUX MED	•
Rabat 10% na procedury medyczne ofertowane w Szpitalu Carolina Medical Center	•
Dostęp do placówek własnych	•
Dostęp do placówek współpracujących	•
Refundacja „Twój wybór”	•

Szczegółowy wykaz świadczeń:

Telefoniczna Pomoc Medyczna

Telefoniczna Pomoc Medyczna (tel. 22 33 22 883; koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora w sytuacjach wymagających pilnego uzyskania porady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub telefonicznych systemów łączności.
Świadczenie medyczne obejmuje możliwość skorzystania z Telefonicznej Pomocy Medycznej udzielanej przez specjalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarki) w zakresie interny/medycyny rodzinnej/pediatrii/pielęgniarstwa pod numerem ogólnopolskiej Infolinii Grupy LUX MED, przez 24 godziny na dobę.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny może skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, zadecydować o wezwaniu karetki pogotowia lub skierować w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Uwaga:
Podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej nie są wystawiane e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcję postkoitalną (antykoncepcja awaryjna), oraz skierowania na badania podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące, skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Świadczenie medyczne w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego. Uprawniony nie może udostępniać świadczenia medycznego w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje usługi ratunkowej w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty / e-zwolnienia podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty / e-zwolnienia kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego.

Konsultacje online

Konsultacja online jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia uprawnionym możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać uprawnieni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce ”Konsultacje online”. Uprawniony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.

Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej uprawnionego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez uprawnionego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej uprawnionego. W zakres Konsultacji online wchodzą niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą.

Świadczenie obejmuje Konsultacje online w następującym zakresie:

- interny/medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.)
- położnictwa
- pediatrii (do 18 r.ż.)
- pielęgniarstwa pediatrycznego

Uwaga:

Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. W celu skorzystania z Konsultacji online uprawniony po zalogowaniu się do konta na Portalu Pacjenta w zakładce „Konsultacje online” ustawia się w kolejce oczekujących na skorzystanie z usługi. Świadczenie usług w postaci Konsultacji online odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako osoba uprawniona do świadczeń medycznych z tytułu Konsultacji online. Uprawniony nie może udostępniać usługi w postaci Konsultacji online innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. W ramach Konsultacji online uprawniony otrzymuje świadczenie medyczne, w tym w ramach usługi mogą być wystawione skierowanie na badania, skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania innej Porady Telemedycznej lub skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania świadczenia medycznego w ramach usługi stacjonarnej, e-recepta na leki do kontynuacji leczenia przewlekłego, e-recepta de novo w oparciu o dokumentację medyczną oraz wskazania medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online, orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych.

W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online może odmówić zdalnej porady i skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas Konsultacji online nie są wystawiane e-zwolnienia, oraz skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące oraz skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty podczas Konsultacji online należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego. Lekarz podczas Konsultacji online nie wystawia e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja awaryjna).

Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowane wizyty w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.

Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- interny
- pediatrii
- lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga:

Świadczenie medyczne Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej nie obejmuje: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje lekarzy specjalistów

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.

W przypadku:

uprawnionych powyżej 18 r.ż. – wizyty **bez skierowania** dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- alergologii
- anestezjologii
- angiologii
- chirurgii ogólnej
- chirurgii naczyniowej
- chirurgii onkologicznej
- chorób zakaźnych
- dermatologii
- diabetologii
- endokrynologii
- gastroenterologii
- ginekologii
- ginekologii endokrynologicznej
- hematologii
- hepatologii
- immunologii
- kardiologii
- laryngologii
- nefrologii
- neurochirurgii
- neurologii
- okulistyki
- onkologii
- ortopedii
- proktologii
- pulmonologii
- reumatologii
- rehabilitacji medycznej
- urologii

uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty **bez skierowania** dotyczą konsultacji w następującym zakresie:
- chirurgii
- dermatologii
- ginekologii (od 16 r.ż.)
- neurologii
- okulistyki
- ortopedii
- laryngologii

uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty **wymagają skierowania** od lekarza placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela i dotyczą konsultacji w następującym zakresie:
- alergologii
- diabetologii
- endokrynologii
- gastroenterologii
- ginekologii (do 16 r.ż.)
- hematologii
- kardiologii
- nefrologii
- onkologii
- pulmonologii
- rehabilitacji medycznej
- reumatologii
- urologii

Uwaga:
Konsultacje lekarzy specjalistów nie obejmują: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Również pozostałe konsultacje są odpłatne.

Konsultacje specjalistów: psychiatra, psycholog, androlog, seksuolog, logopeda

Świadczenie medyczne umożliwia uprawnionemu skorzystanie ogółem łącznie z 3 konsultacji w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w zakresie:
W przypadku:
uprawnionych powyżej 18 r.ż. – wizyty **bez skierowania,** dotyczą konsultacji w zakresie:
- psychiatrii
- psychologii
- seksuologii
- androlog
- logopedii

uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty **bez skierowania**, dotyczą konsultacji w zakresie:
- psychiatrii
- psychologii
- logopedii

Uwaga:
Świadczenie medyczne obejmuje: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Świadczenie nie obejmuje konsultacji profesorskich, surdo- i neurologopedii jak również prowadzenia terapii.

Konsultacje dietetyka

Świadczenie medyczne umożliwia skorzystanie przez uprawnionego z **3 porad** dietetyka w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, obejmujących wywiad, zalecenia dietetyczne (bez indywidualnego ułożenia diety) w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela.

W przypadku:
uprawnionych powyżej 18 r.ż. – wizyty **bez skierowania**
uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty **wymagają skierowania** od lekarza placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Konsultacje lekarzy dyżurnych

Świadczenie medyczne obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, które wystąpiło w ciągu 24 h poprzedzających zgłoszenie potrzeby konsultacji na infolinii operatora. Lekarze dyżurni są dostępni w wyznaczonych placówkach medycznych wskazanych przez infolinię, wyłącznie w dniu zgłoszenia potrzeby konsultacji.
Świadczenie nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).
Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i dotyczy konsultacji w następującym zakresie (o ile nw. konsultacje są dostępne w placówce):
- interny
- pediatrii
- lekarz medycyny rodzinnej

W przypadku uprawnionych powyżej 18 r.ż., dodatkowo (o ile nw. konsultacje są dostępne w placówce):
- chirurgii ogólnej
- ortopedii

Zabiegi pielęgniarskie

Świadczenia medyczne obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie lekarza, w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi pielęgniarskie obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:

- Iniekcja dożylna
- Iniekcja podskórna / domięśniowa
- Kroplówka w sytuacji doraźnej
- Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
- Pobranie krwi
- Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania lekarza)
- Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza)
- Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi

Uwaga:
Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów od uprawnionego pobierana jest opłata.

Zabiegi ambulatoryjne

Świadczenia medyczne obejmujące pomiary podstawowe, zabiegi w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w wyznaczonej placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi ambulatoryjne obejmują.:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- Szycie rany do 1,5 cm
- Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
- Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (nie jest wykonywane zdejmowanie szwów po porodzie)
- Szycie rany do 3 cm (w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy)
- Usunięcie czyraka / drobnego ropnia powłok skórnych (do 2 cm)
- Wycięcie chirurgiczne met. klasyczną zmiany skórnej do 1,5 cm ze wskazań medycznych (nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych) wraz ze standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z usuniętej zmiany skórnej

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Kateteryzacja trąbki słuchowej
- Płukanie ucha
- Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha
- Proste opatrunki laryngologiczne
- Koagulacja naczyń przegrody nosa
- Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa
- Usunięcie tamponady nosa
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza
- Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym
- Wlewka krtaniowa
- Podcięcie wędzidełka języka w jamie ustnej
- Nacięcie krwiaków przegrody nosa
- Nacięcie krwiaków małżowiny usznej
- Nastawienie nosa zamknięte
- Płukanie zatok

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- Usunięcie ciała obcego z oka
- Badanie ostrości widzenia
- Standardowe* badanie autorefraktometrem
- Podanie leku do worka spojówkowego
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- Płukanie kanalików łzowych (dot. uprawnionych powyżej 18 r.ż.)

Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:

- Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy
- Nastawienie zwichnięcia lub złamania
- Przygotowanie gips tradycyjny – opaska
- Wykonanie iniekcji dostawowej i okołostawowej
- Punkcja dostawowa – pobranie materiału do badań
- Założenie gipsu
- Zdjęcie gipsu – kończyna dolna
- Zdjęcie gipsu – kończyna górna
- Blokada dostawowa i okołostawowa
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
- Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – duże stawy
- Unieruchomienie typu Dessault mały / duży
- Założenie gipsu tradycyjnego typu gorset

Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne (nie obejmują zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych):

- Standardowa* dermatoskopia
- Zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry
- Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii 1 do 6 zmian
- Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii 1 do 6 zmian
- Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii 7 do 10 zmian
- Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii 7 do 10 zmian

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy
- Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej
- Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej
- Zabiegi w obrębie szyjki macicy i sromu metodą kriokoagulacji
- Zabiegi w obrębie szyjki macicy kriokoagulacja – leczenie nadżerki

Zabiegi ambulatoryjne alergologiczne:

- Odczulanie wraz z konsultacją alergologa

Znieczulenia:

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne
- Znieczulenie miejscowe (powierzchowne) do endoskopii

Biopsje wraz z standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z biopsji cienkoigłowej

- Biopsja cienkoigłowa skóry / tkanki podskórnej
- Biopsja cienkoigłowa ślinianki
- Biopsja cienkoigłowa tarczycy
- Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych
- Biopsja cienkoigłowa sutka

Inne:

- Usunięcie cewnika Foleya
- Wykonanie enemy
- Założenie cewnika Foleya

Uwaga:
Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny, opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi

Świadczenie medyczne obejmuje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych szczepienia przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyna przeciwtężcową).

Usługa składa się z:

- konsultacji lekarskiej przed szczepieniem
- szczepionki (preparat)
- wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji

Szczepienia przeciwko grypie realizowane są w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela.

Dodatkowe zalecane szczepienia profilaktyczne

Świadczenie medyczne jest dostępne w ramach dodatkowej profilaktyki chorób zakaźnych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, na podstawie skierowania lekarza z ww. placówki. Świadczenie medyczne obejmuje szczepienia przeciwko następującym chorobom (dotyczy również szczepionek skojarzonych):

- odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych
- wirusowemu zapaleniu wątroby typy A
- wirusowemu zapaleniu wątroby typy A i B
- różyczce, śwince, odrze

Świadczenie składa się z:

- konsultacji lekarskiej przed szczepieniem
- szczepionki (preparat)
- wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji

Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Świadczenie medyczne jest dostępne dla uprawnionych, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowane wyłącznie w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Świadczenie medyczne obejmuje **jednorazowe wykonanie bez skierowania** lekarza w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Cholesterol całkowity
- Glukoza na czczo już od 16 r.ż.)
- Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla uprawnionych

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa

Świadczenie medyczne obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy placówek medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach.

Diagnostyka laboratoryjna:

Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- Rozmaz ręczny krwi
- Płytki krwi
- INR / Czas protrombinowy
- Czas trombinowy – TT
- D – Dimery
- APTT
- Fibrynogen
- Białko S wolne
- Antytrombina III
- Białko C aktywność

Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP ilościowo
- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Amylaza
- Albuminy
- Białko całkowite
- Bilirubina całkowita
- Bilirubina bezpośrednia
- Chlorki / Cl
- Cholesterol
- HDL Cholesterol
- LDL Cholesterol
- LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio
- CK (kinaza kreatynowa)
- LDH – dehydrogen. mlecz.
- Fosfataza zasadowa
- Fosfataza kwaśna
- Fosfor / P
- GGTP
- Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h)
- Glukoza na czczo
- Glukoza 120’ po jedzeniu
- Glukoza 60’ po jedzeniu
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Magnez / Mg
- Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN
- Potas / K
- Proteinogram
- Sód / Na
- Trójglicerydy
- Wapń / Ca
- Żelazo / Fe
- Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
- Immunoglobulin IgA
- Immunoglobulin IgG
- Immunoglobulin IgM
- Kwas foliowy
- Witamina B12
- Całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC – zastępuje Saturację Fe
- Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Ferrytyna
- Ceruloplazmina
- Transferyna
- Tyreoglobulina
- Apolipoproteina A1
- Lipaza
- 17 – OH Progesteron
- Aldosteron
- Miedź
- Kortyzol po południu
- Kortyzol rano
- Prolaktyna 120’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna 30’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna 60’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna
- TSH / hTSH
- Estradiol
- FSH
- T3 Wolne
- T4 Wolne
- Total Beta-hCG
- LH
- Progesteron
- Testosteron
- Testosteron wolny
- AFP – alfa-fetoproteina
- PSA – wolna frakcja
- PSA całkowite
- CEA – antygen carcinoembrionalny
- CA 125
- CA 15.3 – antyg. raka sutka
- CA 19.9 – antyg. raka przewodu pokarmowego
- ALFA 1 – Antytrypsyna
- Alfa – 1 – kwaśna glikoproteina (Orozomukoid)
- Androstendion
- Beta – 2 – Mikroglobulina
- Ceruloplazmina
- Cholinesteraza
- Cholinesteraza krwinkowa / Acetylocholinesteraza krwinkowa
- Cynk
- Dehydroepiandrosteron (DHEA)
- DHEA – S
- Cynkoprotoporfiryny w erytrocytach (ZnPP)
- Erytropoetyna
- Estriol wolny
- Fosfataza kwaśna sterczowa
- Fosfataza zasadowa / – frakcja kostna
- Gastryna
- Haptoglobina
- Hb A1c – Hemoglobina glikowana
- Homocysteina
- Hormon adenokortykotropowy (ACTH)
- Hormon wzrostu (GH)
- IGF – BP 3
- Insulina – Insulina 120’
- Insulina – Insulina 60’
- Insulina – na czczo
- Insulina – po 75g glukozy po 1 godzinie
- Insulina – po 75g glukozy po 2 godzinach
- Insulina – po 75g glukozy po 3 godzinach
- Insulina – po 75g glukozy po 4 godzinach
- Insulina – po 75g glukozy po 5 godzinach
- CK – MB – aktywność
- CK – MB – mass
- Kalcytonina
- Klirens kreatyniny
- Mioglobina
- Osteokalcyna (marker tworzenia kości)
- Parathormon
- Peptyd C
- Utajona zdolność wiązania żelaza (UIBC)
- Witamina D3 – metabolit 25 OH
- T3 Całkowite

- T4 Całkowite
- Somatomedyna – (IGF – 1)
- PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
- Retikulocyty
- SCC – antygen raka płaskonabłonkowego
- SHBG
- Łańcuchy lekkie kappa w surowicy
- Łańcuchy lekkie lambda w surowicy
- Cystatyna C
- Makroprolaktyna
- Aktywność reninowa osocza
- Enzym konwertujący angiotesynę
- Apo A1
- Aldolaza

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR
- ASO ilościowo
- ASO jakościowo
- RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo
- Odczyn Waaler-Rose
- Test BTA
- Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe
- P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / – /)
- HBs Ag / antygen
- P / ciała a – mikrosomalne / Anty TPO
- P / ciała a – tyreoglobulinowe / Anty TG
- CMV IgG
- CMV IgM
- HBs Ab / przeciwciała
- HCV Ab / przeciwciała
- Helicobacter Pylori IgG ilościowo
- HIV I / HIV II
- EBV / Mononukleoza – lateks
- EBV / Mononukleoza IgG
- EBV / Mononukleoza IgM
- Różyczka IgG
- Różyczka IgM
- Toksoplazmoza IgG
- Toksoplazmoza IgM
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgA
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgG
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgM
- HBc Ab IgM
- C1 – inhibitor
- C1 – inhibitor – (aktywność)
- C3 składowa dopełniacza
- C4 składowa dopełniacza
- Anty – HAV – IgM
- Anty – HAV – total
- Antykoagulant toczniowy
- Bąblowica (Echinococcus granulosus) IgG
- Borelioza IgG
- Borelioza IgG – met. western – blot (test potwierdzenia)
- Borelioza IgM
- Borelioza IgM – met. western – blot (test potwierdzenia)
- Bruceloza – IgG
- Bruceloza – IgM
- Glista ludzka (ASCARIS) IGG
- Cytomegalia – IgG test awidności
- HBc Ab total
- HBe Ab
- Hbe Ag
- HSV / Herpes 1 i 2 – IgG – jakościowo
- HSV / Herpes 1 i 2 – IgM – jakościowo
- hsCRP
- Mycoplasma pneumoniae – IgG
- Mycoplasma pneumoniae – IgM
- Odczyn – FTA
- Odczyn – TPHA
- Oznaczenie antygenu HLA B27
- P / c. p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF
- P / c. p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF
- P / c. p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT)
- P / ciała antykardiolipinowe – IgG
- P / ciała antykardiolipinowe – IgM
- P / ciała antykardiolipinowe – IgM i IgG
- P / ciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF
- P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgA met. ELISA
- P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgG met. ELISA
- P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGG
- P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGM
- P / ciała p / – Beta – glikoproteinie IGG i IGM (łącznie)
- P / ciała p / – CCP
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl.IgA i IgG (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – fosfatydyloinozytolowi IGG
- P / ciała p / – fosfatydyloinozytolowi IGM
- P / ciała p / – korze nadnerczy
- P / ciała p / – transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w kl. IgG i IgA met. ELISA
- P / ciała p / – wyspom trzust., kom. zewnątrzwydzielniczym trzust. i kom. kubkowatym jelit met. IIF
- P / ciała p / Coxackie
- P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgA
- P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgG
- P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgM
- P / ciała p / czynnikowi wew. Castlea i kom. okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF
- P / ciała p / DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA)
- P / ciała p / endomysium – IgA – EmA IgA
- P / ciała p / endomysium – IgG – EmA IgG
- P / ciała p / endomysium IgG, IgA EmA
- P / ciała p / gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / gliadynie klasy IgA – AGA
- P / ciała p / gliadynie klasy IgG – AGA
- P / ciała p / jądrowe – i p.cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy met. IIF
- P / ciała p / komórkom mięśnia sercowego (HMA)
- P / ciała p / komórkom okładzinowym żołądka – (APCA) met. IIF
- P / ciała p / mięśniom gładkim ASMA
- P / ciała p / mitochondrialne AMA
- P / ciała p / mitochondrialne AMA typ M2
- P / ciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF
- P / ciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID
- P / ciała przeciw receptorom acetylocholiny (AChR – Ab)
- P / ciała przeciw receptorom TSH (TRAb)
- P / ciała przeciwjądrowe – (m.in. histonowe, Ku, rib – P – Protein) (ANA3) met. Immunoblotingu
- P / ciała przeciwjądrowe – i p. cytoplazmatyczne (ANA2) met. IIF, DID
- Krztusiec – IgA
- Krztusiec – IgG
- Krztusiec – IgM
- Listerioza – jakościowo
- Pneumocystoza – IgG – jakościowo
- Pneumocystoza – IgM – jakościowo
- Toksoplazmoza – IgG test awidności
- Toxocaroza IgG (półilościowo)
- Świnka – IgG
- Świnka – IgM
- SLE – półilościowo

- Serologia kiły – test potwierdzenia – FTA – ABS
- P / c p. ds.. DNA met. IIF
- P / c. p. kanalikom żółciowym met. IIF
- P / c. p.antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunobloting
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl.IgA i IgG (łącznie) met. IIF
- P / c p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF
- P / c p. błonie podstawnej kłęb. Nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF
- P / c. p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) igG met. IIF
- P / c. p. pemphigus i pemphigoid met. IIF
- P / c p. gliście ludzkiej IgG
- P / c. p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG
- P / c. p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgG
- P / c. p Endomysium i retikulinie IgA
- P / c. p Endomysium i retikulinie IgG
- Odkleszczowe zapalenia mózgu przeciwciała w kl. IgM
- Włośnica IgG
- P / c p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD)
- P / c p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

- Mocz – badanie ogólne
- Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu
- Białko w moczu
- Białko całkowite / DZM
- Fosfor w moczu
- Fosfor w moczu / DZM
- Kreatynina w moczu
- Kreatynina w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu
- Magnez / Mg w moczu
- Magnez / Mg w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN w moczu
- Sód / Na w moczu
- 17 – ketosterydy w DZM
- Sód / Na w moczu / DZM
- Wapń w moczu
- Wapń w moczu / DZM
- Kwas delta – aminolewulinowy (ALA)
- Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM
- Potas / K w moczu
- Potas / K w moczu / DZM
- Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM
- Kortyzol w DZM
- Metoksykatecholaminy w DZM
- Ołów / Pb w moczu
- Albumina w DZM
- Albumina w moczu
- Aldosteron w DZM
- Amylaza w moczu
- Białko Bence Jonesa w moczu
- Chlorki / Cl w moczu
- Chlorki / Cl w moczu / DZM
- Glukoza i ketony w moczu
- Kadm w moczu
- Koproporfiryny w moczu
- Kwas 5 – hydroksyindolooctowy w DZM (5 – HIAA)
- Kwas hipurowy w moczu / DZM
- Wskaźnik albumina / kreatynina w moczu (ACR) – (d. Mikroalbuminuria w moczu)
- Rtęć / Hg w moczu
- Łańcuchy lekkie kappa w moczu
- Łańcuchy lekkie lambda w moczu
- Białko Bence`a – Jonesa w moczu
- Szczawiany w DZM
- 17 – hydroksykortykosteroidy w DZM
- Skład chemiczny kamienia nerkowego
- Pyrylinks D (marker resorpcji kości)

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Posiew moczu
- Kał posiew ogólny
- Wymaz z gardła / migdałków – posiew tlenowy
- Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy
- Wymaz z ucha – posiew beztlenowy
- Wymaz z ucha – posiew tlenowy
- Wymaz z oka – posiew tlenowy
- Wymaz z nosa
- Wymaz z nosa – posiew tlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy
- Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS
- Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy
- Wymaz z pochwy – posiew tlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- Wymaz z rany
- Wymaz z rany – posiew beztlenowy
- Kał posiew w kierunku SS
- Czystość pochwy (biocenoza pochwy)
- Posiew nasienia tlenowy
- Posiew plwociny
- Wymaz z kanału szyjki macicy
- Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
- Kał – posiew w kier. E.Coli patogenne u dzieci do lat 2
- Kał – posiew w kierunku Yersinia enterocolitica
- Wymaz z cewki moczowej
- Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy
- Posiew pokarmu – z piersi lewej – tlenowy
- Posiew pokarmu – z piersi prawej – tlenowy
- Posiew treści ropnia
- Posiew treści ropnia – beztlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z cewki moczowej
- Seton z ucha – lewego – posiew tlenowy
- Seton z ucha – prawego – posiew tlenowy
- Wydzielina z piersi – posiew tlenowy
- Wymaz spod napletka – posiew tlenowy
- Wymaz z czyraków
- Wymaz z dziąseł – posiew tlenowy
- Wymaz z języka – posiew tlenowy
- Wymaz z krtani – posiew tlenowy
- Wymaz z krtani – w kierunku Pneumocistis carini
- Wymaz z odbytu – posiew tlenowy
- Wymaz z odbytu – posiew w kierunku SS
- Wymaz z owrzodzenia – posiew tlenowy
- Wymaz z pępka – posiew tlenowy
- Wymaz z prącia – posiew tlenowy
- Wymaz z warg sromowych – posiew tlenowy
- Wymaz ze zmian skórnych – posiew tlenowy
- Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz
- Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – inny materiał
- Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – z gardła
- Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – inny materiał
- Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z cewki moczowej
- Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z kanału szyjki macicy
- Eozynofile w wymazie z nosa
- Mycoplasma hominis i Ureaplasma urealiticum – wymaz z cewki moczowej
- Mycoplasma hominis i Ureaplasma urealiticum – wymaz z kanału szyjki macicy
- Owsiki – wymaz z odbytu

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- Kał badanie ogólne
- Kał na pasożyty 1 próba
- Krew utajona w kale / F.O.B.
- Kał na Rota i Adenowirusy
- Kał na Lamblie ELISA
- Helicobacter Pylori – antygen w kale
- Kał – Clostridium difficile – antygen GDH i toksyna A / B

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Standardowe* cytologiczne badanie błony śluzowej nosa

Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (świadczenie nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokieć stopy
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokieć ręki
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów włosy
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów wymaz ze skóry
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeskrobiny skórne
- Kał posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew plwociny w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wydzielina
- Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wymaz
- Wymaz z cewki moczowej posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z gardła / migdałków posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z nosa posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z oka posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z rany posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z ucha posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – naskórek dłoni – zeskrobiny
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – naskórek stóp – zeskrobiny
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – skóra owłosiona głowy – zeskrobiny
- Posiew nasienia w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz spod napletka – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z dziąseł – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z języka – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z krtani – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z okolicy odbytu – posiew w kierunku grzybów
- Wymaz z owrzodzenia – posiew w kierunku grzybów
- Wymaz z prącia – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z warg sromowych – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz ze zmian skórnych – posiew w kierunku grzybów

Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania):

- Digoksyna
- Ołów
- Karbamazepina
- Kwas walproinowy
- Kwasy żółciowe
- Lit
- Badanie toksykologiczne – methemoglobina ilościowo
- Fenytoina, ilościowo
- Cyklosporyna A, ilościowo

Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP – test paskowy
- Cholesterol badanie paskowe
- Glukoza badanie glukometrem
- Troponina – badanie paskowe
- Wymaz z gardła w kierunku Streptococus A. – szybki test

Diagnostyka obrazowa:
Badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG – spoczynkowe
- Próba wysiłkowa
- Próba wysiłkowa EKG wysiłkowe na cykloergometrze
- Założenie standardowego* Holtera EKG (na 24h) w gabinecie
- Założenie Holtera EKG z 12 odprowadzeniami (na 24h)
- Założenie Holtera RR (na 24h) w gabinecie

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):

- RTG czaszki oczodoły
- RTG oczodołów + boczne (2 projekcje)
- RTG czaszki PA + bok
- RTG czaszki PA + bok + podstawa
- RTG czaszki podstawa
- RTG czaszki półosiowe wg Orleya
- RTG czaszki siodło tureckie
- RTG czaszki styczne
- RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych
- RTG twarzoczaszki
- RTG jamy brzusznej inne
- RTG jamy brzusznej na leżąco
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej – RTG tomograf
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej inne
- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
- RTG kości krzyżowej i guzicznej
- RTG nosa boczne
- RTG podudzia (goleni) AP + bok
- RTG podudzia (goleni) AP + bok obu
- RTG uda + podudzia
- RTG kości udowej AP + bok lewej
- RTG kości udowej AP + bok prawej
- RTG barku / ramienia – osiowe

- RTG barku / ramienia – osiowe obu
- RTG barku / ramienia AP + bok
- RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze
- RTG barku / ramienia AP
- RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze
- RTG przedramienia AP + bok
- RTG przedramienia obu przedramion AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok
- RTG kości skroniowych transorbitalne
- RTG kości skroniowych wg Schullera / Steversa
- RTG piramid kości skroniowej transorbitalne
- RTG ręki bok
- RTG ręki PA
- RTG ręki PA obu
- RTG palec / palce PA + bok / skos
- RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk
- RTG kości łódeczkowatej
- RTG stopy AP + bok / skos
- RTG stopy AP + bok / skos – na stojąco
- RTG stopy AP + bok / skos obu
- RTG stopy AP + bok / skos obu – na stojąco
- RTG stóp AP (porównawczo)
- RTG kości śródstopia
- RTG palca / palców stopy AP + bok / skos
- RTG pięty + osiowe
- RTG pięty boczne
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa lędźwiowego bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok
- RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa piersiowego bok
- RTG kręgosłupa piersiowego skosy
- RTG kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
- RTG kręgosłupa szyjnego skosy
- RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
- RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
- RTG łopatki
- RTG miednicy i stawów biodrowych
- RTG mostka AP
- RTG mostka / boczne klatki piersiowej
- RTG żuchwy
- RTG zatok przynosowych
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG nadgarstka boczne
- RTG nadgarstka boczne – obu
- RTG nadgarstka PA + bok
- RTG nadgarstka PA + bok obu
- RTG ręki PA + skos
- RTG ręki PA + skos obu
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego
- RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu
- RTG rzepki osiowe obu
- RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach
- RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy
- RTG stawu biodrowego AP
- RTG stawu biodrowego AP obu
- RTG stawu biodrowego osiowe
- RTG stawu kolanowego AP + bok
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu – na stojąco
- RTG stawu kolanowego boczne
- RTG stawu łokciowego
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu
- RTG czynnościowe stawów skroniowo-żuchwowych
- Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG nosogardła
- RTG barku (przez klatkę)
- RTG barku AP + osiowe
- RTG obojczyka
- RTG jelita grubego – wlew doodbytniczy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG klatki piersiowej – RTG tomogram
- RTG krtani – tomogram
- RTG pasaż jelita cienkiego (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG przełyku, żołądka i 12-cy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi

Badania ultrasonograficzne:

- USG jamy brzusznej
- USG układu moczowego
- USG piersi
- USG tarczycy
- USG prostaty przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transwaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG narządów moszny (jąder)
- USG ślinianek
- USG transrektalne prostaty
- USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych
- USG / doppler tętnic kończyn dolnych
- USG / doppler tętnic kończyn górnych
- USG / doppler żył kończyn dolnych
- USG / doppler żył kończyn górnych
- USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych
- USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego)
- USG / doppler tętnic nerkowych
- USG / doppler tętnic wewnątrzczaszkowych
- USG stawów biodrowych dzieci
- USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 roku życia)
- USG stawu biodrowego
- USG stawu kolanowego
- USG stawu łokciowego
- USG stawu skokowego
- USG stawu barkowego
- USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki etc.)
- USG krwiaka pourazowego mięśni
- USG węzłów chłonnych
- USG krtani
- USG nadgarstka
- USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów
- USG śródstopia
- USG rozcięgna podeszwowego
- USG stawów śródręcza i palców
- USG ścięgna Achillesa
- USG układu moczowego + TRUS
- USG przezciemiączkowe
- Echokardiografia – USG serca
- USG gałek ocznych i oczodołów

Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych:

- Anoskopia
- Gastroskopia (z testem ureazowym)
- Rektoskopia
- Sigmoidoskopia
- Kolonoskopia
- Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej

Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- MR – Rezonans magnetyczny głowy
- MR – Rezonans magnetyczny angio głowy
- MR – Rezonans magnetyczny głowy+ angio
- MR - Rezonans magnetyczny - głowy i przysadki mózgowej
- MR – Rezonans magnetyczny twarzoczaszki
- MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej
- MR – Rezonans magnetyczny miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny miednicy kostnej
- MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny klatki piersiowej
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego
- MR – Rezonans magnetyczny oczodołów
- MR – Rezonans magnetyczny zatok
- MR – Rezonans magnetyczny przysadki
- MR – Rezonans magnetyczny stawu barkowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu łokciowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu kolanowego
- MR – Rezonans magnetyczny nadgarstka
- MR – Rezonans magnetyczny stawu skokowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu biodrowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych
- MR – Rezonans magnetyczny stopy
- MR – Rezonans magnetyczny podudzia
- MR – Rezonans magnetyczny uda
- MR – Rezonans magnetyczny przedramienia
- MR – Rezonans magnetyczny ramienia
- MR – Rezonans magnetyczny ręki
- MR – Rezonans magnetyczny szyi

Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- TK – Tomografia komputerowa głowy
- TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki
- TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej
- TK – Tomografia komputerowa zatok
- TK – Tomografia komputerowa oczodołów
- TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych
- TK – Tomografia komputerowa szyi
- TK – Tomografia komputerowa krtani
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej - niskodawkowa
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT)
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej Trójfazowa
- TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa miednicy kostnej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego
- TK – Tomografia komputerowa nadgarstka
- TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego
- TK – Tomografia komputerowa stopy
- TK – Tomografia komputerowa uda
- TK – Tomografia komputerowa podudzia
- TK – Tomografia komputerowa ramienia
- TK – Tomografia komputerowa przedramienia
- TK – Tomografia komputerowa ręki
- TK – Tomografia komputerowa – Angio aorty brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – badanie żył i zatok mózgu
- TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – tętnice

Badania EEG:

- EEG standardowe*
- Badanie EEG standardowe * – (dzieci)

Badania EMG:

- Badanie EMG – elektromiografia – zespół cieśni nadgarstka

Inne badania diagnostyczne:

- Spirometria bez leku
- Spirometria – próba rozkurczowa
- Audiometr standardowy*
- Audiometr standardowy – audiometria nadprogowa
- Audiometr standardowy – audiometria słowna
- Tympanometria
- Densytometria kręgosłup lędźwiowy (ocena kości beleczkowej) – screening
- Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening
- Badanie uroflowmetryczne
- Mammografia
- Mammografia – zdjęcie celowane
- Komputerowe pole widzenia
- Badanie adaptacji do ciemności
- Pachymetria
- Badanie GDX
- Badanie OCT – dwoje oczu
- Badanie OCT – jedno oko
- Palestezjometria (czucie wibracji)
- Próba błędnikowa
- Próba oziębieniowa
- Próba oziębieniowa – z termometrią skórną i próbą uciskową

Uwaga:
W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce. O ile nie zaznaczono inaczej diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).

Testy alergiczne

Świadczenie medyczne obejmuje testy alergiczne skórne. Testy wykonywane są na zlecenie lekarza placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela, w następującym zakresie:
Konsultacja alergologa – kwalifikacja do testów
Testy alergiczne skórne – testy wykonywane metodą nakłuć wraz z preparatem do testów alergicznych:

- testy alergiczne skórne 1 punkt
- testy alergiczne skórne panel pokarmowy
- testy alergiczne skórne panel wziewny

Uwaga:
W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu.

Prowadzenie ciąży

Świadczenie medyczne obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez lekarza w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela zgodnie ze standardami operatora i składa się z czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu w następującym zakresie:

- Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży
- Glukoza na czczo
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach
- Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe
- Estriol wolny
- HBs Ab / przeciwciała
- HBs Ag / antygen
- HCV Ab / przeciwciała
- HIV I / HIV II
- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / – /)
- Różyczka IgG
- Różyczka IgM
- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP)
- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Toksoplazmoza IgG
- Toksoplazmoza IgM
- Total Beta-hCG
- Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
- USG ciąży
- USG ciąży transwaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transwaginalne

Uwaga:
Świadczenie medyczne nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Realizacja ww. zakresu badań jest dostępna na podstawie okazania karty przebiegu ciąży wydanej uprawnionej przez placówkę medyczną wskazaną przez ubezpieczyciela. Ww. zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i umowy, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży uprawnionej, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem umowy.

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny (dostępny **1 raz** w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej) przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć uprawnionego, obejmujący poszerzony zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 r.ż.
Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami). Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której uprawniony uzyskuje zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Dla kobiet zakres przeglądu obejmuje:
Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
Konsultacja ginekologiczna
Konsultacja kardiologiczna
Konsultacja okulistyczna
Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową*

Badania laboratoryjne:
- Mocz – badanie ogólne
- Krew utajona w kale / F.O.B.
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- Transaminaza GPT / ALT
- TSH / hTSH
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- T4 Wolne
- HBs Ag / antygen
- HCV Ab / przeciwciała
- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Glukoza na czczo

Badania obrazowe:
- USG piersi lub mammografia – kobiety w zależności od wskazań lekarskich
- USG tarczycy
- RTG klatki piersiowej PA – w przypadku wskazań medycznych
- USG jamy brzusznej
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG ginekologiczne transwaginalne

Badania czynnościowe:
- Echokardiografia – USG serca
- Badanie EKG – spoczynkowe

Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program

Dla mężczyzn zakres przeglądu obejmuje:
Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
Konsultacja kardiologiczna
Konsultacja urologiczna
Konsultacja okulistyczna
Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową*

Badania laboratoryjne:
- Mocz – badanie ogólne
- Krew utajona w kale / F.O.B.
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- Transaminaza GPT / ALT
- PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
- TSH / hTSH
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- T4 Wolne
- HBs Ag / antygen
- HCV Ab / przeciwciała
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Glukoza na czczo

Badania obrazowe:
- RTG klatki piersiowej PA – w przypadku wskazań medycznych
- USG transrektalne prostaty
- USG tarczycy
- USG jąder
- USG jamy brzusznej

Badania czynnościowe:
- Badanie EKG – spoczynkowe
- Echokardiografia – USG serca

Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program

Uwaga:
Przegląd realizowany jest w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela dedykowanych do realizacji tej usługi. Aby umówić się na realizację przeglądu należy zgłosić ten fakt korzystając z formularza dostępnego na stronie https://www.luxmed.pl/strona-glowna/kontakt/.

Fizjoterapia

W ramach świadczenia medycznego Fizjoterapia uprawnionemu przysługuje nielimitowany dostęp do konsultacji fizjoterapeuty. Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, badanie funkcjonalne, poradę Fizjoterapeuty wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz ustalenia trybu rehabilitacji.
Świadczenie medyczne obejmuje wyłącznie rehabilitację narządu ruchu i realizowana jest z następujących wskazań (kryteriów kwalifikacyjnych) - dotyczy uprawnionych:
- po urazach ortopedycznych;
- cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów;
- cierpiących z powodu chorób zawodowych związanych z narządem ruchu (potwierdzonych odpowiednim orzeczeniem);
- cierpiących z powodu neurologicznych zespołów bólowych;
- z zaburzeniami napięcia mięśniowego (dot. rehabilitacji neurokinezjologicznej dla dzieci do 18 r.ż.);
- z wadami postawy (dot. rehabilitacji wad postawy dla dzieci do 18 r.ż.).

Zabiegi są realizowane na podstawie skierowań Fizjoterapeutów lub lekarzy (przyjmujących w zakresie ortopedii, neurologii, neurochirurgii, reumatologii, rehabilitacji medycznej, balneologii) z ambulatoryjnej placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela, określających zakres i rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych i dotyczy fizjoterapii prowadzonej w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Świadczenie Fizjoterapia jest limitowane i obejmuje wykonanie ogółem w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej: **20 zabiegów fizykoterapeutycznych i 10 zabiegów kinezyterapeutycznych (w tym masaż leczniczy) oraz 3 zabiegów rehabilitacji (neurokinezjologicznej lub wad postawy)** z następującego zakresu zabiegów fizyko-i kinezyterapii:

- Fizykoterapia – elektrostymulacja mm. k. dolnej
- Fizykoterapia – elektrostymulacja mm. k. górnej
- Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – fonoforeza nadgarstek
- Fizykoterapia – fonoforeza podudzie
- Fizykoterapia – fonoforeza przedramię
- Fizykoterapia – fonoforeza ramię
- Fizykoterapia – fonoforeza ręka
- Fizykoterapia – fonoforeza staw barkowy
- Fizykoterapia – fonoforeza staw biodrowy
- Fizykoterapia – fonoforeza staw kolanowy
- Fizykoterapia – fonoforeza staw łokciowy
- Fizykoterapia – fonoforeza staw skokowy
- Fizykoterapia – fonoforeza stopa
- Fizykoterapia – fonoforeza udo
- Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – galwanizacja nadgarstek
- Fizykoterapia – galwanizacja podudzie
- Fizykoterapia – galwanizacja przedramię
- Fizykoterapia – galwanizacja ramię
- Fizykoterapia – galwanizacja ręka
- Fizykoterapia – galwanizacja staw barkowy
- Fizykoterapia – galwanizacja staw biodrowy
- Fizykoterapia – galwanizacja staw kolanowy
- Fizykoterapia – galwanizacja staw łokciowy
- Fizykoterapia – galwanizacja staw skokowy
- Fizykoterapia – galwanizacja stopa
- Fizykoterapia – galwanizacja udo
- Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – jonoforeza nadgarstek
- Fizykoterapia – jonoforeza podudzie
- Fizykoterapia – jonoforeza przedramię
- Fizykoterapia – jonoforeza ramię
- Fizykoterapia – jonoforeza ręka
- Fizykoterapia – jonoforeza staw barkowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw biodrowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw kolanowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw łokciowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw skokowy
- Fizykoterapia – jonoforeza stopa
- Fizykoterapia – jonoforeza udo
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa nadgarstek
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa podudzie
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa przedramię
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa ramię
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa ręka
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw barkowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw biodrowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw kolanowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw łokciowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw skokowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa stopa
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa udo
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny nadgarstek
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny podudzie
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny przedramię
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny ramię
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny ręka
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw barkowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw biodrowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw kolanowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw łokciowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw skokowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny stopa
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny udo
- Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – pole magnetyczne nadgarstek
- Fizykoterapia – pole magnetyczne podudzie
- Fizykoterapia – pole magnetyczne przedramię
- Fizykoterapia – pole magnetyczne ramię
- Fizykoterapia – pole magnetyczne ręka
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw barkowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw biodrowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw kolanowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw łokciowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw skokowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne stopa
- Fizykoterapia – pole magnetyczne udo
- Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy DD nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy DD podudzie
- Fizykoterapia – prądy DD przedramię

- Fizykoterapia – prądy DD ramię
- Fizykoterapia – prądy DD ręka
- Fizykoterapia – prądy DD staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy DD stopa
- Fizykoterapia – prądy DD udo
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne podudzie
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne przedramię
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne ramię
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne ręka
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne stopa
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne udo
- Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy TENS nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy TENS podudzie
- Fizykoterapia – prądy TENS przedramię
- Fizykoterapia – prądy TENS ramię
- Fizykoterapia – prądy TENS ręka
- Fizykoterapia – prądy TENS staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy TENS stopa
- Fizykoterapia – prądy TENS udo
- Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – ultradźwięki nadgarstek
- Fizykoterapia – ultradźwięki podudzie
- Fizykoterapia – ultradźwięki przedramię
- Fizykoterapia – ultradźwięki ramię
- Fizykoterapia – ultradźwięki ręka
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw barkowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw biodrowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw kolanowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw łokciowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw skokowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki stopa
- Fizykoterapia – ultradźwięki udo
- Fizykoterapia – ultradźwięki (w wodzie)
- Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy Traberta nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy Traberta podudzie
- Fizykoterapia – prądy Traberta przedramię
- Fizykoterapia – prądy Traberta ramię
- Fizykoterapia – prądy Traberta ręka
- Fizykoterapia – prądy Traberta staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta stopa
- Fizykoterapia – prądy Traberta udo
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup piersiowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup szyjny
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe nadgarstek
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe podudzie
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe przedramię
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe ramię
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe ręka
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw barkowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw biodrowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw kolanowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw łokciowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw skokowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe stopa
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe udo
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup piersiowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup szyjny
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające nadgarstek
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające podudzie
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające przedramię
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające ramię
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające ręka
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw barkowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw biodrowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw kolanowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw łokciowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw skokowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające stopa
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające udo
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna kręgosłup piersiowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna kręgosłup szyjny
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna nadgarstek
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna podudzie
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna przedramię
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna ramię
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna ręka
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw barkowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw biodrowy

- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw kolanowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw łokciowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw skokowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna stopa
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna udo
- Kinezyterapia – wyciąg trakcyjny kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – wyciąg trakcyjny kręgosłup szyjny
- Terapia miorelaksacyjna - masaż leczniczy kręgosłupa
- Terapia indywidualna wg metod neurokinezjologicznych / neurofizjologicznych dzieci
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające wady postawy dzieci

Uwaga:
Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów fizjoterapii w przypadku: wad wrodzonych i ich następstw, wad postawy, urazów okołoporodowych, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw, chorób demielinizacyjnych i ich następstw, chorób neurodegeneracyjnych i ich następstw; fizjoterapii po: incydentach kardiologicznych, incydentach neurologicznych i naczyniowo-mózgowych, fizjoterapii uroginekologicznej, fizjoterapii metodami wysokospecjalistycznymi (metody mechaniczne, neurofizjologiczne, techniki osteopatyczne) oraz usług o charakterze diagnostyki i treningu funkcjonalnego, gimnastyki korekcyjnej i fitness. Zakres świadczenia nie obejmuje fizjoterapii martwic jałowych blizn/ bliznowców, stanów po oparzeniach oraz terapii wisceralnej – terapii narządów wewnętrznych.

Stomatologia

Dyżur stomatologiczny

Zakres Dyżuru stomatologicznego, w zależności od placówki medycznej, obejmuje pokrycie albo zwrot kosztów (Refundacja) do maksymalnej wysokości limitu, tj. kwoty **350 zł** w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, wykonywanych przez lekarzy stomatologów określonych poniżej usług:

- Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna
- Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna
- Nacięcie ropnia zębopochodnego - włącznie z drenażem pomoc doraźna
- Odbarczenie ropnia przyzębnego pomoc doraźna
- Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym pomoc doraźna
- Opatrunek leczniczy w zębie stałym pomoc doraźna
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego pomoc doraźna
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego pomoc doraźna
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna
- Płukanie suchego zębodołu + założenie leku pomoc doraźna
- Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe pomoc doraźna
- Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiękowe pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne pomoc doraźna
- RTG punktowe zdjęcie zęba pomoc doraźna

Uwaga:
Usługi w ramach Dyżuru stomatologicznego wykonywane są wyłącznie w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza godzinami pracy placówek medycznych operatora. Warunkiem realizacji usług w ramach Dyżuru stomatologicznego jest zgłoszenie przez uprawnionego potrzeby skorzystania z dyżuru stomatologicznego w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poprzez Infolinię (nr tel. 22 33 22 888), a następnie wykonanie usług we wskazanej przez operatora placówce medycznej, zgodnie z instrukcją pracownika Infolinii, w przypadku gdy w danej placówce medycznej nie można zrealizować usługi bezgotówkowo, pokrycie kosztów wykonanych usług zgodnie z obowiązującym w niej cennikiem, złożenie wniosku o Refundację wraz z dołączonymi kopiami faktur albo rachunków za wykonane na rzecz uprawnionego usługi.

Faktura albo rachunek powinny zawierać:

a) dane uprawnionego do zwrotu kosztów na rzecz, którego zostały wykonane usługi (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku usług na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka na rzecz, którego wykonane zostały usługi;
b) wykaz wykonanych na rzecz uprawnionego usług (stanowiący treść faktury) lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez placówkę medyczną wykonującą te usługi wraz z nazwą usługi, lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej danej, zrealizowanej usługi;
c) ilość zrealizowanych usług danego rodzaju;
d) datę wykonania usługi;
e) cenę jednostkową zrealizowanej usługi.

Jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów usług w trybie Refundacji ubezpieczyciel uzyska dowody na okoliczność, iż Refundacja została dokonana na podstawie informacji lub faktur albo rachunków niezgodnych ze stanem faktycznym wskazanym we Wniosku lub dołączonych dokumentach (np. przedłożenie wraz z Wnioskiem faktur albo rachunków za usługi wykonane na rzecz osób trzecich), ubezpieczycielowi przysługuje zwrot wypłaconych nienależnie kwot w ramach Refundacji wraz z odsetkami liczonymi od dnia dokonania wypłaty środków w ramach Refundacji.
Wypłata świadczenia z tytułu Refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez uprawnionego Wniosku o Refundację, wraz z załączonymi fakturami albo rachunkami oraz pozostałymi wymaganymi dokumentami.
Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we Wniosku numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty otrzymania Wniosku. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności

ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
Wniosek o Refundację dostępny jest na stronie www.warta.pl.

Profilaktyka stomatologiczna
Zakres Profilaktyki Stomatologicznej obejmuje wykonanie **1 raz** w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela przeglądu stomatologicznego tj. oceny stanu uzębienia przez lekarza stomatologa przyjmującego w zakresie stomatologii zachowawczej, oraz zabiegów higieny jamy ustnej przez higienistkę stomatologiczną, i obejmuje następujące usługi:

- Badanie lekarskie stomatologiczne
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1 łuk zębowy
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1/2 łuku zębowego
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 2 łuki zębowe
- Instruktaż higieny jamy ustnej
- Polerowanie zębów
- Usunięcie złogów naddziąsłowych / scaling/ uzupełniające
- Usunięcie złogów naddziąsłowych / scaling/ z 1 łuku zębowego
- Usunięcie złogów naddziąsłowych / scaling/ ze wszystkich zębów
- Usuwanie osadu - piaskowanie
- Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym - 1 ząb
- Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową

Znieczulenia
Świadczenie jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Znieczulenie w stomatologii aparatem WAND
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiękowe
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe
- Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne

Stomatologia zachowawcza
Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza

Ponadto uprawnionemu przysługuje rabat 10% od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Wypełnienie ubytku korony zęba na 1 powierzchni standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Wypełnienie ubytku korony zęba na 2 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Wypełnienie ubytku korony zęba na 3 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Wypełnienie glasjonomer
- Badanie żywotność zęba
- Ćwiek okołomiazgowy
- Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa - licówka z kompozytu
- Kosmetyczne pokrycie przebarwienia zębiny w zębach przednich - licówka z kompozytu
- Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej
- Opatrunek leczniczy w zębie stałym
- Płukanie kieszonki dziąsłowej
- Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku
- Kauteryzacja brodawki dziąsłowej

Pedodoncja
Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi wraz z materiałami:

- Badanie lekarskie stomatologiczne kontrolne pedodontyczne

Ponadto uprawnionemu przysługuje rabat 10% od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni lecznicze
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach lecznicze
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach lecznicze
- Wizyta adaptacyjna (dzieci) - stomatologia
- Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym
- Impregnacja zębiny - każdy ząb
- Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego
- Leczenie endodontyczne zęba mlecznego
- Leczenie zgorzeli miazgi zęba mlecznego
- Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieuformowanym korzeniem
- Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem

Chirurgia stomatologiczna
Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja specjalistyczna chirurga stomatologa

Ponadto uprawnionemu przysługuje rabat 10% od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Nacięcie ropnia zębopochodnego - włącznie z drenażem
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego z wstecznym wypełnieniem kanału
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego z wstecznym wypełnieniem kanału
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego
- Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe
- Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzzębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego
- Wycięcie kaptura dziąsłowego w obrębie 1 zęba
- Wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej, mucocele stomatologia
- Założenie opatrunku chirurgicznego stomatologia
- Płukanie suchego zębodołu + założenie leku
- Pobranie wycinka w jamie ustnej
- Plastyka wędzidełka wargi, policzka, języka stomatologia
- Wyłuszczenie torbieli zębopochodnej
- Operacyjne usunięcie zęba skomplikowane chirurgicznie
- Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego
- Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego z doklejeniem zamka
- Operacyjne usunięcie zęba częściowo zatrzymanego
- Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba

Stomatologiczne badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej)

Świadczenie medyczne obejmuje wykonanie w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, na skierowanie lekarza stomatologa z ww. placówek, następujących usług z dodatkowym **10% rabatem** od cennika ww. placówki:

- RTG punktowe zdjęcie zęba

Gwarancja

Uprawnionemu przysługuje 24. miesięczna gwarancja na ostateczne wypełnienia zachowawcze zastosowane w zębach stałych. Warunkiem jej uzyskania jest realizacja w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela wizyt kontrolnych co najmniej 1 raz w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu, oczyszczanie zębów z kamienia i osadu oraz fluoryzacja 1 raz w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, przestrzeganie zaleceń lekarza stomatologa, utrzymywanie stanu higieny jamy ustnej wg zaleceń lekarza stomatologa i/lub higienistki.

Uwaga:
Gwarancji nie podlegają stany powstałe w wyniku: nieprzestrzegania zalecanych wizyt kontrolnych i profilaktycznych, nieprzestrzegania zaleceń lekarza stomatologa, urazów mechanicznych, nieszczęśliwych wypadków, braków zębowych w odcinkach bocznych (brak stref podparcia), starcia patologicznego (bruksizmu) lub innych zaburzeń czynnościowych narządu żucia, fizjologicznego zaniku kości i zmian w przyzębiu, współistniejących schorzeń ogólnych mających wpływ na układ stomatognatyczny (cukrzyca, osteoporoza, padaczka, przebyta radioterapia i chemioterapia), wypełnień traktowanych jako tymczasowe (np. założonych do czasu wykonania pracy protetycznej).

Świadczenie Stomatologia – nie obejmuje usług wykonywanych w znieczuleniu ogólnym.

Wizyty domowe

Świadczenie jest limitowane do 4 wizyt w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej i jest realizowane przez Lekarza pomocy doraźnej w miejscu zamieszkania uprawnionego (jeżeli miejsce zamieszkania leży w aktualnym zasięgu terytorialnym realizacji wizyt domowych), realizacja wyłącznie w uzasadnionych medycznie przypadkach, uniemożliwiających uprawnionemu przybycie do placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Do przyczyn uniemożliwiających uprawnionemu zgłoszenie się do placówki nie zalicza się w szczególności: niedogodnego dojazdu do placówki, potrzeby wypisania recepty lub wystawienia zwolnienia.
Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej udzielanym wyłącznie w dniu zgłoszenia i ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. O przyjęciu lub odmowie wizyty domowej decyduje dyspozytor medyczny (wskazany przez LUX MED), na podstawie uzyskanego wywiadu.
Aktualny zasięg terytorialny realizacji wizyt domowych jest opisany na stronie www.luxmed.pl. W miastach w których wizyty domowe nie są świadczone, uprawniony otrzyma zwrot kosztów. Szczegóły zwrotu kosztów znajdują się na w/w stronie. Zwrot kosztów uznaje się za zasadny wyłącznie po uprzedniej kwalifikacji uprawnionego do wizyty domowej przez dyspozytora.

Druga Opinia Medyczna

Świadczenie medyczne we współpracy z WorldCare International Inc. z siedzibą w Bostonie (Massachusetts; USA) umożliwia skonsultowanie postawionej diagnozy i planu leczenia z zespołami specjalistów współpracującymi z uznanymi na świecie akademickimi ośrodkami medycznymi w USA wchodzącymi w skład konsorcjum WorldCare Consortium, których lista dostępna jest na stronie internetowej https://www.worldcare.com/worldcare-consortium-2/ i uzyskanie drugiej opinii medycznej bez konieczności opuszczania Polski. Opinia zostaje wydana dla następujących schorzeń lub stanów chorobowych, w których postawiono rozpoznanie, stwierdzono uszkodzenie ciała lub stwierdzono konieczność przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub wykonania zabiegu:

- Nowotwory
- Zawał serca
- Choroba wieńcowa wymagająca operacji
- Śpiączka
- Udar mózgu
- Stwardnienie rozsiane
- Paraliż, Porażenie, Niedowład
- Przewlekła obturacyjna choroba płuc
- Rozedma płuc
- Choroba zapalna jelit
- Przewlekła choroba wątroby
- Niewydolność nerek
- Przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy
- Cukrzyca
- Choroba zakrzepowo - zatorowa
- Amputacje
- Reumatoidalne zapalenie stawów
- Poważne oparzenia
- Nagła utrata wzroku z powodu choroby
- Przeszczep dużych narządów
- Choroba neurodegeneracyjna / choroba Alzheimera
- Utrata słuchu
- Operacja wymiany protezy biodrowej i kolanowej
- Utrata mowy
- Poważne urazy
- Choroba Parkinsona

Każde zgłoszenie objęte ww. zakresem jest kompleksowo analizowane w czołowych ośrodkach medycznych w USA. Zespół specjalistów, na podstawie nadesłanej dokumentacji medycznej, wyników badań obrazowych i histopatologicznych, dokonuje weryfikacji diagnozy i planu leczenia zaproponowanego przez lekarza prowadzącego uprawnionego, a następnie przedstawia szczegółowy raport który może potwierdzić wcześniejszą diagnozę i sposób leczenia lub zalecić ich zmianę. Raport zawiera opis przypadku, diagnozę, zalecenia dotyczące dalszego leczenia, listę pytań do omówienia przez uprawnionego ze swoim lekarzem, informacje dotyczące specjalisty i instytucji wydającej drugą opinię medyczną – tłumaczone na język polski oraz dane o najnowszych badaniach naukowych i materiały edukacyjne dotyczące przypadku. W ramach świadczenia uprawniony w terminie 30 dni od otrzymania drugiej opinii medycznej może zadać także dodatkowe pytania dotyczące danego schorzenia, na które uzyska odpowiedź drogą elektroniczną. W razie potrzeby, w celu skonsultowania przypadku uprawnionego, możliwe jest odbycie konferencji audio między lekarzem prowadzącym a specjalistą wydającym drugą opinię.
W celu zasięgnięcia drugiej opinii medycznej należy skontaktować się z WorldCare w Polsce pod numerem telefonu 22 133 65 01.

Uwaga:
Aby skorzystać ze świadczenia Drugiej Opinii Medycznej uprawniony musi być objęty ochroną w ramach pakietu obejmującego to świadczenie przez nieprzerwany okres minimum 90 dni.

Konsylium medyczne

Usługa obejmuje zorganizowanie dla uprawnionego na terenie Polski, Konsylium Medycznego złożonego z wybitnych przedstawicieli medycyny polskiej. Usługa jest dostępna wyłącznie z powodu skomplikowanych przypadków medycznych, a jej celem (o ile to możliwe) będzie ustalenie dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla uprawnionego. Honoraria uczestników Konsylium pokrywa uprawniony z **30% rabatem**.

Doradca hospitalizacyjny

W oparciu o posiadaną wiedzę o rynku świadczeniodawców medycznych oraz wieloletnie doświadczenie w organizowaniu leczenia szpitalnego doradca hospitalizacyjny pomaga osobom kierowanym do szpitala w uzyskaniu świadczeń z zakresu hospitalizacji. Całodobowa wyspecjalizowana infolinia profesjonalistów medycznych udziela informacji związanych z organizacją przyjęć do szpitali, zarówno w ramach świadczeń finansowanych publicznie, jak i komercyjnie. Dzięki bazie wiedzy o szpitalach i ośrodkach chirurgii jednodniowej udzielane są aktualne informacje o możliwości zrealizowania leczenia finansowanego przez NFZ (czas oczekiwania, niezbędne wymogi dotyczące skierowań) oraz o dostępnych alternatywach komercyjnych (przybliżone koszty leczenia). Daje to podstawę do racjonalnego wyboru sposobu wykonania zalecanego leczenia szpitalnego.
W przypadku posiadania uprawnień do zabiegów lub leczenia szpitalnego w zakresie ubezpieczenia, personel infolinii sprawdza, jakie zabiegi mogą zostać wykonane w ramach posiadanego zakresu ubezpieczenia, a następnie pomaga w ustaleniu konsultacji kwalifikującej do zabiegu oraz samej procedury leczniczej.
Świadczenie medyczne jest realizowane w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, zlokalizowanych w głównych polskich aglomeracjach (Warszawa, Kraków, Wrocław, Łódź, Poznań, Katowice, Gliwice, Gdańsk, Gdynia).
Świadczenie dotyczy skierowań na leczenie na oddziałach: internistycznym, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii, kardiologii, laryngologii, ginekologii, urologii, pediatrii, okulistyki.

Usługa	Opis
Profesjonalna całodobowa infolinia medyczna dotycząca hospitalizacji	24 / 7 linia medyczna dedykowana do zgłoszeń uprawnionych, obsługiwana przez doświadczonych profesjonalistów medycznych (pielęgniarki / ratowników).
Zebranie informacji, wywiadu	Pracownik infolinii zbiera od dzwoniącego uprawnionego wywiad medyczny dotyczący potrzeby medycznej, schorzenia, potrzeb dotyczących leczenia. Ustala, jaka dokumentacja medyczna jest w posiadaniu uprawnionego, w szczególności czy posiada on skierowanie.
Informacja o możliwych trybach postępowania	W oparciu o uzyskane informacje pracownik infolinii w przejrzysty sposób informuje o możliwym trybie uzyskania świadczeń (np. do leczenia szpitalnego konieczne jest aktualne skierowanie z poradni specjalistycznej, konsultacja kwalifikująca). Przekazuje także informacje o najpewniej niezbędnych dodatkowych konsultacjach, które muszą poprzedzać leczenie szpitalne, udziela odpowiedzi na pytania. W razie potrzeby pracownik infolinii konsultuje z lekarzem zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

W razie wątpliwości – pomoc w ustaleniu badania lekarskiego	W przypadku konieczności oceny stanu zdrowia uprawnionego w badaniu lekarskim dla precyzyjnego ustalenia zakresu potrzebnego leczenia, pracownik infolinii proponuje wykonanie wizyty u lekarza specjalisty odpowiedniej dziedziny medycyny.
Informacja o szpitalach Informacja o szacunkowych kosztach leczenia Informacja o zaleceniach przed zabiegami	Pracownik infolinii udziela informacji o możliwych miejscach wykonania świadczeń w dogodnym miejscu, bliskim miejsca zamieszkania uprawnionego, w ramach świadczeń finansowanych publicznie (w ramach kontraktu z NFZ) jak i w trybie odpłatnym. W przypadku wyboru leczenia w trybie odpłatnym, pracownik infolinii informuje o przybliżonym koszcie leczenia, możliwym do oszacowania na podstawie przekazanych informacji. Pracownik infolinii informuje uprawnionego o typowych zaleceniach poprzedzających planowane zabiegi (np. konieczności wykonania szczepień, badań diagnostycznych).
Nagłe przypadki	W przypadku, gdy wywiad medyczny wskazuje na potrzebę pilnej interwencji medycznej, pracownik infolinii może zaproponować wizytę domową lekarza lub poinformować uprawnionego o konieczności wezwania pogotowia lub pilnego udania się na Szpitalny Oddział Ratunkowy.
Baza wiedzy dotycząca placówek medycznych realizujących dany zakres leczenia	Eksperci na bieżąco monitorują szpitale w całym kraju, pod względem zakresu realizowanego leczenia, stosowanych metod i wprowadzanych innowacji i udogodnień. Dzięki temu możemy profesjonalnie doradzić placówkę szczególnie wyspecjalizowaną w leczeniu danego schorzenia lub wykonywaniu odpowiedniego rodzaju zabiegów. Dzięki aktualnej i profesjonalnie zweryfikowanej bazie wiedzy dotyczącej usług szpitalnych lekarze specjaliści pomogą zaproponować najbardziej adekwatny dla danego problemu medycznego ośrodek.
Leczenie w ramach NFZ i komercyjnie	Informowanie o placówkach realizujących dany zakres leczenia lub diagnostyki oraz czy świadczenia są realizowane komercyjnie, w ramach kontraktu z NFZ, czy też w obu wariantach. Informowanie o dostępności świadczeń ponadstandardowych takich, jak pokoje jednoosobowe, dostępność znieczuleń do porodu.
Dostępność świadczeń ponadstandardowych Czas oczekiwania w systemie publicznym	W przypadku świadczeń, na które w systemie świadczeń finansowanych publicznie są prowadzone elektroniczne formy zapisu / prowadzenia kolejek – informowanie o nich i o czasie dostępności usług w ramach leczenia finansowanego przez NFZ.
Informacje o ofercie placówek szpitalnych	Informowanie o ofertach cenowych placówek komercyjnych na poszczególne rodzaje zabiegów. Informowanie o tym, czy cennik placówki obejmuje kompleksowe koszty leczenia, czy oddzielnie koszty zabiegów a oddzielnie koszty świadczeń dodatkowych takich, jak np. pobyt czy badania.

Rabat 10% na pozostałe usługi świadczone przez LUX MED i Medycynę Rodzinną

Uprawnionemu przysługuje **10% rabatu** na usługi medyczne, z wyłączeniem usług medycznych w zakresie stomatologii, oferowane we wskazanych przez ubezpieczyciela placówkach medycznych – dotyczy placówek sieci LUX MED i Medycyny Rodzinnej wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w PROFEMED

Uprawnionemu przysługuje **10% rabatu** na wszystkie usługi medyczne świadczone w placówkach PROFEMED. Informacje o świadczonych usługach dostępne są na stronie www.profemed.pl. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED

Uprawnionemu przysługuje **10% rabatu** na wszystkie procedury medyczne oferowane we wskazanym przez ubezpieczyciela Szpitalu LUX MED. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu Carolina Medical Center

Uprawnionemu przysługuje **10% rabatu** na wszystkie procedury medyczne oferowane przez Sport Medica SA w placówce Carolina Medical Center (informacje o placówce znajdują się na www.carolina.pl). Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabat nie obejmuje cen materiałów medycznych takich jak gips lekki, implanty, ortezy, stabilizatory, zespolenia ortopedyczne, szwy łąkotkowe, oraz cen leków podawanych do iniekcji dostawowych i dożylnych. Rabatów nie sumuje się.

Refundacja „Twój wybór”

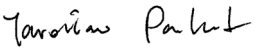
W zakresie Refundacji „Twój wybór” ubezpieczyciel zobowiązuje się do refundacji poniesionych kosztów świadczeń medycznych udzielonych uprawnionemu przez placówkę medyczną w zakresie określonym w niniejszym Załączniku do OWU. Ubezpieczyciel dokona zwrotu poniesionych przez uprawnionego kosztów do wysokości kwoty określonej w Cenniku Refundacji „Twój wybór” i nie więcej niż 500 zł kwartalnie na uprawnionego. Świadczenia nie wymienione w Cenniku refundacji „Twój wybór” nie podlegają refundacji.

Refundacja zostanie dokonana na podstawie złożonego wniosku wraz z kompletem dokumentów. Szczegółowe warunki Refundacji „Twój Wybór”, wymogi dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów oraz zasady dokonywania zwrotów wraz z Cennikiem Refundacji określa Załącznik nr 8 do OWU, który wraz z wnioskiem dostępny jest na stronie internetowej www.warta.pl.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Załącznik nr 5 do OWU został zatwierdzony Uchwałą nr 167/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 08 października 2024 roku i wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2024 roku.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 6 do OWU
Pakiet VIP

Skrócony wykaz świadczeń	
Telefoniczna Pomoc Medyczna	•
Konsultacje online	•
Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej	•
Konsultacje lekarzy specjalistów	•
Konsultacje specjalistów: psychiatra, psycholog, androlog, seksuolog, logopeda	•
Konsultacje dietetyka	•
Konsultacje lekarzy dyżurnych	•
Konsultacje profesorskie	•
Konsultacje profesorskie: psychiatra, psycholog	•
Zabiegi pielęgniarskie	•
Zabiegi ambulatoryjne	•
Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi	•
Dodatkowe zalecane szczepienia profilaktyczne	•
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	•
Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa	•
Testy alergiczne	•
Prowadzenie ciąży	•
Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia	•
Program Medycyny Sportowej	•
Fizjoterapia	•
Stomatologia	•
Wizyty domowe	•
Wyjazdowa opieka pielęgniarska	•
Druga opinia medyczna	•
Konsylium medyczne	•
Doradca hospitalizacyjny	•
Chirurgia krótkoterminowa – rabat 15%	•
Osobisty Opiekun Pacjenta VIP	•
Rabat 10% na usługi ambulatoryjne nieobjęte zakresem produktu w placówkach LUX MED i Medycyna Rodzinna z wyłączeniem świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii	•
Rabat 10% na procedury medyczne ofertowane w PROFEMED	•
Rabat 10% na procedury medyczne ofertowane w Szpitalu LUX MED	•
Rabat 10% na procedury medyczne ofertowane w Szpitalu Carolina Medical Center	•
Dostęp do placówek własnych	•
Dostęp do placówek współpracujących	•
Refundacja „Twój wybór’	•

Szczegółowy wykaz świadczeń:

Telefoniczna Pomoc Medyczna

Telefoniczna Pomoc Medyczna (tel. 22 33 22 883; koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora w sytuacjach wymagających pilnego uzyskania porady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub telefonicznych systemów łączności.
Świadczenie medyczne obejmuje możliwość skorzystania z Telefonicznej Pomocy Medycznej udzielanej przez specjalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarki) w zakresie interny/medycyny rodzinnej/pediatrii/pielęgniarstwa pod numerem ogólnopolskiej Infolinii Grupy LUX MED, przez 24 godziny na dobę.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny może skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, zadecydować o wezwaniu karetki pogotowia lub skierować w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Uwaga:
Podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej nie są wystawiane e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcję postkoitalną (antykoncepcja awaryjna), oraz skierowania na badania podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące, skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Świadczenie medyczne w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego. Uprawniony

nie może udostępniać świadczenia medycznego w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje usługi ratunkowej w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty / e-zwolnienia podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty / e-zwolnienia kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego.

Konsultacje online

Konsultacja online jest świadczeniem medycznym realizowanym przez operatora za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia uprawnionym możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać uprawnieni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce ”Konsultacje online”. Uprawniony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.
Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej uprawnionego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez uprawnionego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej uprawnionego. W zakres Konsultacji online wchodzą niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą.

Usługa obejmuje Konsultacje online w następującym zakresie:

- interny/medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.)
- pediatrii (do 18 r.ż.)
- pielęgniarstwa pediatrycznego
- położnictwa

Uwaga:
Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. W celu skorzystania z Konsultacji online uprawniony po zalogowaniu się do konta na Portalu Pacjenta w zakładce „Konsultacje online” ustawia się w kolejce oczekujących na skorzystanie z usługi. Świadczenie usług w postaci Konsultacji online odbywa się wyłącznie na rzecz uprawnionego, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako osoba uprawniona do świadczeń medycznych z tytułu Konsultacji online. Uprawniony nie może udostępniać usługi w postaci Konsultacji online innej osobie. Uprawniony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. W ramach Konsultacji online uprawniony otrzymuje świadczenie medyczne, w tym w ramach usługi mogą być wystawione skierowanie na badania, skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania innej Porady Telemedycznej lub skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania świadczenia medycznego w ramach usługi stacjonarnej, e-recepta na leki do kontynuacji leczenia przewlekłego, e-recepta de novo w oparciu o dokumentację medyczną oraz wskazania medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online, orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych.
W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online może odmówić zdalnej porady i skierować uprawnionego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas Konsultacji online nie są wystawiane e-zwolnienia, oraz skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące oraz skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty podczas Konsultacji online należy do lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem uprawnionego. Lekarz podczas Konsultacji online nie wystawia e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja awaryjna).

Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowane wizyty w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.
Świadczenie zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- interny
- pediatrii
- lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga:
Świadczenie medyczne Konsultacje lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej nie obejmuje: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje lekarzy specjalistów

Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.
W przypadku:
uprawnionych powyżej 18 r.ż. – **wizyty bez skierowania** dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- alergologii
- anestezjologii
- angiologii
- audiologii
- balneologii i medycyny fizykalnej
- chirurgii ogólnej
- chirurgii naczyniowej
- chirurgii onkologicznej
- chorób zakaźnych
- dermatologii
- diabetologii
- endokrynologii

- flebologii
- foniatrii
- gastroenterologii
- geriatrii
- ginekologii
- ginekologii endokrynologicznej
- ginekologii onkologicznej
- hematologii
- hepatologii
- hipertensjologii (leczenie nadciśnienia tętniczego)
- immunologii
- kardiologii
- laryngologii
- medycyny podróży
- nefrologii
- neurochirurgii
- neurologii
- okulistyki
- onkologii
- ortopedii
- proktologii
- pulmonologii
- reumatologii
- rehabilitacji medycznej
- urologii

uprawnionych do 18 r.ż. – **wizyty bez skierowania** dotyczą konsultacji w następującym zakresie:
- chirurgii
- dermatologii
- ginekologii (od 16 r.ż.)
- neurologii
- okulistyki
- ortopedii
- laryngologii

uprawnionych do 18 r.ż. – **wizyty wymagają skierowania** od lekarza placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela i dotyczą konsultacji w następującym zakresie:
- alergologii
- anestezjologii
- chorób zakaźnych
- diabetologii
- endokrynologii
- gastroenterologii
- ginekologii (do 16 r.ż.)
- hematologii
- immunologii
- kardiologii
- medycyny podróży
- nefrologii
- neonatologii
- neurochirurgii
- onkologii
- pulmonologii
- lekarza rehabilitacji medycznej
- reumatologii
- urologii

Uwaga:
Konsultacje lekarzy specjalistów nie obejmują: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje specjalistów: psychiatra, psycholog, androlog, seksuolog, logopeda

Świadczenie medyczne umożliwia uprawnionemu skorzystanie ogółem łącznie z 3 konsultacji w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w zakresie:
W przypadku:
uprawnionych powyżej 18 r.ż. – **wizyty bez skierowania**, dotyczą konsultacji w zakresie:
- psychiatrii
- psychologii
- seksuologii
- andrologii
- logopedii

uprawnionych do 18 r.ż. – **wizyty bez skierowania**, dotyczą konsultacji w zakresie:
- psychiatrii
- psychologii
- logopedii

Uwaga:
Świadczenie medyczne obejmuje: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Świadczenie medyczne nie obejmuje konsultacji profesorskich, surdo- i neurologopedii jak również prowadzenia terapii.

Konsultacje dietetyka

Świadczenie medyczne umożliwia skorzystanie przez uprawnionego z porad dietetyka, obejmujących wywiad, zalecenia dietetyczne (bez indywidualnego ułożenia diety) w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela.
W przypadku:
uprawnionych powyżej 18 r.ż. – wizyty bez skierowania
uprawnionych do 18 r.ż. – wizyty wymagają skierowania od lekarza placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Konsultacje lekarzy dyżurnych

Świadczenie medyczne obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, które wystąpiło w ciągu 24 h poprzedzających zgłoszenie potrzeby konsultacji na infolinii operatora. Lekarze dyżurni są dostępni w wyznaczonych placówkach medycznych wskazanych przez infolinię, wyłącznie w dniu zgłoszenia potrzeby konsultacji.
Świadczenie medyczne nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.).
Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i dotyczy konsultacji w następującym zakresie (o ile nw. konsultacje są dostępne w placówce):
- interny
- pediatrii
- lekarz medycyny rodzinnej

W przypadku uprawnionych powyżej 18 r.ż., dodatkowo (o ile nw. konsultacje są dostępne w placówce):
- chirurgii ogólnej
- ortopedii

Konsultacje profesorskie

Świadczenie medyczne umożliwia uprawnionemu skorzystanie za skierowaniem od lekarza z placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela z konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Usługa (o ile jest dostępna w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela) obejmuje ten sam zakres konsultacji, jaki przysługuje uprawnionemu na podstawie Umowy spośród Konsultacji specjalistów.

Konsultacje profesorskie: psychiatra, psycholog

Świadczenie medyczne umożliwia uprawnionemu skorzystanie ogółem z **3 konsultacji** w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej: lekarzy lub psychologów ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy lub psychologów będących na stanowisku docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego przyjmujących w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela,
w zakresie:

- psychiatrii
- psychologii

Świadczenie jest dostępne za skierowaniem od lekarza z placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela i obejmuje: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Świadczenie medyczne nie obejmuje surdo- i neurologopedii, jak również prowadzenia terapii.

Zabiegi pielęgniarskie

Świadczenia obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie lekarza, w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi pielęgniarskie obejmują:
Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:

- Iniekcja dożylna
- Iniekcja podskórna / domięśniowa
- Kroplówka w sytuacji doraźnej
- Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza)
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
- Pobranie krwi
- Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania lekarza)
- Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza)
- Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi

Uwaga:
Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Zabiegi ambulatoryjne

Świadczenia obejmujące pomiary podstawowe, zabiegi w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których uprawniony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku uprawnionego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Zabiegi ambulatoryjne obejmują:
Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- Szycie rany do 1,5 cm
- Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
- Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza (nie wykonujemy zdejmowania szwów po porodzie)
- Szycie rany do 3 cm (w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy)
- Usunięcie czyraka / drobnego ropnia powłok skórnych (do 2 cm)
- Wycięcie chirurgiczne met. klasyczną zmiany skórnej do 1,5 cm ze wskazań medycznych (nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych) wraz z standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z usuniętej zmiany skórnej
- Operacja skóry usunięcie ciała obcego – z opracowaniem rany (usunięcie ciała obcego z powłok skórnych z opracowaniem rany)

- Pobranie tkanki skóry do badania specjalistycznego
- Oczyszczenie / wycięcie rany
- Operacja skóry nacięcie krwiaka / ropnia z drenażem
- Operacja paznokcia – oczyszczenie / usunięcie
- Operacja wrastającego paznokcia (plastyka paznokcia) – dwustronnie
- Operacja wrastającego paznokcia (plastyka paznokcia) – jednostronnie

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Kateteryzacja trąbki słuchowej
- Płukanie ucha
- Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha
- Proste opatrunki laryngologiczne
- Koagulacja naczyń przegrody nosa
- Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa
- Usunięcie tamponady nosa
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza
- Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym
- Wlewka krtaniowa
- Podcięcie wędzidełka języka w jamie ustnej
- Nacięcie krwiaków przegrody nosa
- Nacięcie krwiaków małżowiny usznej
- Punkcja zatok
- Kriochirurgia (nie dotyczy leczenia chrapania)
- Nastawienie nosa zamknięte
- Obliteracja żylaków nasady języka
- Płukanie zatok metodą Pretza
- Płukanie zatok

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- Usunięcie ciała obcego z oka
- Badanie ostrości widzenia
- Standardowe* badanie autorefraktometrem
- Podanie leku do worka spojówkowego
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- Płukanie kanalików łzowych (dot. uprawnionych powyżej 18 r.ż.)

Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne:

- Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy
- Nastawienie zwichnięcia lub złamania
- Przygotowanie gips tradycyjny – opaska
- Wykonanie iniekcji dostawowej i okołostawowej
- Punkcja dostawowa – pobranie materiału do badań
- Założenie gipsu
- Zdjęcie gipsu – kończyna dolna
- Zdjęcie gipsu – kończyna górna
- Blokada dostawowa i okołostawowa
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
- Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – duże stawy
- Unieruchomienie typu Dessault mały / duży
- Założenie gipsu tradycyjnego typu gorset

Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne (nie obejmują zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych):

- Standardowa* dermatoskopia
- Zabieg dermatologiczny – Lampa PUVA
- Zabieg dermatologiczny – ścięcie
- i koagulacja włókniaków skóry
- Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii 1 do 6 zmian
- Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii 1 do 6 zmian
- Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii 7 do 10 zmian
- Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii 7 do 10 zmian
- Zabieg dermatologiczny Wyłyżeczkowanie / zniszczenie zmiany skórnej

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy
- Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej
- Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej
- Zabiegi w obrębie szyjki macicy i sromu metodą kriokoagulacji
- Zabiegi w obrębie szyjki macicy kriokoagulacja – leczenie nadżerki

Zabiegi ambulatoryjne alergologiczne:

- Odczulanie wraz z konsultacją alergologa

Znieczulenia:

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne
- Znieczulenie proste do kolonoskopii
- Znieczulenie (proste) do zabiegu gastroskopii
- Znieczulenie miejscowe (powierzchowne) do endoskopii

Biopsje wraz z standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z biopsji cienkoigłowe / materiał z biopsji gruboigłowej:

- Biopsja cienkoigłowa skóry / tkanki podskórnej
- Biopsja cienkoigłowa sutka
- Biopsja cienkoigłowa ślinianki
- Biopsja cienkoigłowa tarczycy
- Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych
- Biopsja – gruboigłowa prostaty pod kontrolą USG

Inne:

- Usunięcie cewnika Foleya
- Wykonanie enemy
- Założenie cewnika Foleya
- Usunięcie polipa do 1cm podczas kolonoskopii
- Usunięcie polipa do 1cm podczas gastroskopii

Uwaga:
Materiały i środki medyczne takie, jak: gips tradycyjny i syntetyczny, opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne.

Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi

Świadczenie medyczne obejmuje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych szczepienia przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyna przeciwtężcową).

Świadczenie medyczne składa się z:

- konsultacji lekarskiej przed szczepieniem
- szczepionki (preparat)
- wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji

Szczepienia realizowane są w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela.

Dodatkowe zalecane szczepienia profilaktyczne

Świadczenie medyczne jest dostępne w ramach dodatkowej profilaktyki chorób zakaźnych w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, na podstawie skierowania lekarza z ww. placówki. Usługa obejmuje szczepienia przeciwko następującym chorobom (dotyczy również szczepionek skojarzonych):

- odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych
- różyczce, śwince, odrze
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu A
- wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B

Świadczenie medyczne składa się z:

- konsultacji lekarskiej przed szczepieniem
- szczepionki (preparat)
- wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji

Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Świadczenie medyczne jest dostępne dla uprawnionych, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowane wyłącznie w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Świadczenie medyczne obejmuje **jednorazowe wykonanie bez skierowania** lekarza w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Cholesterol całkowity
- Glukoza na czczo
- Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla uprawnionych już od 16 r.ż.)

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa

Świadczenie medyczne obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez lekarzy placówek medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach.

Diagnostyka laboratoryjna:
Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- Rozmaz ręczny krwi
- Płytki krwi
- INR / Czas protrombinowy
- Czas trombinowy – TT
- D – Dimery
- APTT
- Fibrynogen
- Białko S wolne
- AntytrombinaIII
- Białko C aktywność
- Czynnik V Leiden met. PCR

Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP ilościowo
- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Amylaza
- Albuminy
- Białko całkowite
- Bilirubina całkowita
- Bilirubina bezpośrednia
- Chlorki / Cl
- Cholesterol
- HDL Cholesterol
- LDL Cholesterol
- LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio
- CK (kinaza kreatynowa)
- LDH – dehydrogen. mlecz.
- Fosfataza zasadowa
- Fosfataza kwaśna
- Fosfor / P
- GGTP
- Test obciążenia glukozą (4pkt, 75g, 0, 1, 2, 3h)
- Glukoza na czczo
- Glukoza 120’ / 120’ po jedzeniu
- Glukoza 60’ / 60’ po jedzeniu
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Magnez / Mg
- Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN
- Potas / K
- Proteinogram
- Sód / Na
- Trójglicerydy
- Wapń / Ca
- Żelazo / Fe
- Immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
- Immunoglobulin IgA
- Immunoglobulin IgG
- Immunoglobulin IgM
- Kwas foliowy
- Witamina B12
- Całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC – zastępuje Saturację Fe
- Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Ferrytyna
- Ceruloplazmina
- Transferyna
- Tyreoglobulina
- Apolipoproteina A1
- Lipaza
- 17 – OH Progesteron
- Aldosteron
- Miedź
- Kortyzol po południu
- Kortyzol rano
- Prolaktyna 120’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna 30’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna 60’ po obciążeniu MCP 1 tabl.
- Prolaktyna
- TSH / hTSH
- Estradiol
- FSH
- T3 Wolne
- T4 Wolne
- Total Beta-hCG
- LH
- Progesteron
- Testosteron
- Testosteron wolny
- AFP – alfa-fetoproteina
- PSA – wolna frakcja
- PSA całkowite
- CEA – antygen carcinoembrionalny
- CA 125
- CA 15.3 – antyg. raka sutka
- CA 19.9 – antyg. raka przewodu pokarmowego
- CA 72 – 4 – marker nowotworowy jelita grubego
- ALFA 1 – Antytrypsyna
- Alfa – 1 – kwaśna glikoproteina (Orozomukoid)
- Androstendion
- Beta – 2 – Mikroglobulina
- Ceruloplazmina
- Witamina D3 – metabolit 1,25 (OH)2
- Cholinesteraza
- Cholinesteraza krwinkowa / Acetylocholinesteraza krwinkowa
- CYFRA 21 – 1 – marker nowotworowy płuc
- Cynk
- Dehydroepiandrosteron (DHEA)
- DHEA – S
- Cynkoprotoporfiryny w erytrocytach (ZnPP)
- Erytropoetyna
- Estriol wolny
- Fosfataza kwaśna sterczowa
- Fosfataza zasadowa – frakcja kostna
- Gastryna
- Haptoglobina
- Hb A1c – Hemoglobina glikowana
- Homocysteina
- Hormon adenokortykotropowy (ACTH)
- Hormon wzrostu (GH)
- IGF – BP 3
- Insulina – Insulina 120’
- Insulina – Insulina 60’
- Insulina – na czczo
- Insulina – po 75 g glukozy po 1 godzinie
- Insulina – po 75 g glukozy po 2 godzinach
- Insulina – po 75 g glukozy po 3 godzinach
- Insulina – po 75 g glukozy po 4 godzinach
- Insulina – po 75 g glukozy po 5 godzinach
- CK – MB – aktywność
- CK – MB – mass
- BNP
- NT pro – BNP
- Kalcytonina
- Klirens kreatyniny
- Mioglobina
- Osteokalcyna (marker tworzenia kości)
- Parathormon
- Peptyd C
- Utajona zdolność wiązania żelaza (UIBC)
- Witamina D3 – metabolit 25 OH
- T3 Całkowite
- T4 Całkowite
- Somatomedyna – (IGF – 1)
- PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
- Retikulocyty
- SCC – antygen raka płaskonabłonkowego
- SHBG
- Łańcuchy lekkie kappa w surowicy
- Łańcuchy lekkie lambda w surowicy
- NSE – Neuroswoista enolaza
- Cystatyna C
- Makroprolaktyna
- Aktywność reninowa osocza
- Enzym konwertujący angiotesynę
- Leptyna
- TPS
- S100
- BRCA1 met. PCR
- Apo A1
- Aldolaza

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR
- ASO ilościowo
- ASO jakościowo
- RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo
- Odczyn Waaler-Rose
- Test BTA
- Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe
- P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / – /)
- HBs Ag / antygen
- P / ciała a – mikrosomalne / Anty TPO
- P / ciała a – tyreoglobulinowe / Anty TG
- CMV IgG
- CMV IgM
- HBs Ab / przeciwciała
- HCV Ab / przeciwciała
- Helicobacter Pylori IgG ilościowo
- HIV I / HIV II

- EBV / Mononukleoza – lateks
- EBV / Mononukleoza IgG
- EBV / Mononukleoza IgM
- Różyczka IgG
- Różyczka IgM
- Toksoplazmoza IgG
- Toksoplazmoza IgM
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgA
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgG
- P / ciała p / chlamydia trachomatis IgM
- HBc Ab IgM
- C1 – inhibitor
- C1 – inhibitor – (aktywność)
- C3 składowa dopełniacza
- C4 składowa dopełniacza
- Anty – HAV – IgM
- Anty – HAV – total
- Antykoagulant toczniowy
- Bąblowica (Echinococcus granulosus) IgG
- Borelia burgdorferii met. PCR – jakościowo
- Borelioza IgG
- Borelioza IgG – met. western – blot (test potwierdzenia)
- Borelioza IgM
- Borelioza IgM – met. western – blot (test potwierdzenia)
- Bruceloza – IgG
- Bruceloza – IgM
- Glista ludzka (ASCARIS) IGG
- CMV (Cytomegalovirus) met. PCR – jakościowo
- Cytomegalia – IgG test awidności
- HBc Ab total
- HBe Ab
- Hbe Ag
- HBV – met. PCR ilościowo
- HBV – met. PCR jakościowo
- HCV met. PCR – ilościowo
- HCV met. PCR – jakościowo
- HPV (Human papillomavirus) met. PCR, jakościowo – wymaz
- HSV / Herpes 1 i 2 – IgG – jakościowo
- HSV / Herpes 1 i 2 – IgM – jakościowo
- hsCRP
- Mycoplasma pneumoniae – IgG
- Mycoplasma pneumoniae – IgM
- Odczyn – FTA
- Odczyn – TPHA
- Odra – IgG
- Odra – IgM
- Ospa (varicella) IgG
- Ospa (varicella) IgM
- Oznaczenie antygenu HLA B27
- P / c. p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF
- P / c. p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF
- P / c. p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT)
- P / ciała antykardiolipinowe – IgG
- P / ciała antykardiolipinowe – IgM
- P / ciała antykardiolipinowe – IgM i IgG
- P / ciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF
- P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgA met. ELISA
- P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgG met. ELISA
- P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGG
- P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGM
- P / ciała p / – Beta – glikoproteinie IGG i IGM (łącznie)
- P / ciała p / – CCP
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl.IgA i IgG (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / – fosfatydyloinozytolowi IGG
- P / ciała p / – fosfatydyloinozytolowi IGM
- P / ciała p / – korze nadnerczy
- P / ciała p / – protrombinie IGG
- P / ciała p / – protrombinie IGM
- P / ciała p / – transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w kl. IgG i IgA met. ELISA
- P / ciała p / – wyspom trzust., kom. zewnątrzwydzielniczym trzust. i kom. kubkowatym jelit met. IIF
- P / ciała p / Coxackie
- P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgA
- P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgG
- P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgM
- P / ciała p / czynnikowi wew. Castlea i kom. okładzinowym żołądka (APCA) met. IIF
- P / ciała p / DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA)
- P / ciała p / endomysium – IgA – EmA IgA
- P / ciała p / endomysium – IgG – EmA IgG
- P / ciała p / endomysium IgG, IgA EmA
- P / ciała p / gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF
- P / ciała p / gliadynie klasy IgA – AGA
- P / ciała p / gliadynie klasy IgG – AGA
- P / ciała p / jądrowe – i p.cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy met. IIF
- P / ciała p / komórkom mięśnia sercowego (HMA)
- P / ciała p / komórkom okładzinowym żołądka – (APCA) met.IIF
- P / ciała p / mięśniom gładkim ASMA
- P / ciała p / mitochondrialne AMA
- P / ciała p / mitochondrialne AMA typ M2
- P / ciała p / Yersinia enterocolitica – IgG
- P / ciała p / Yersinia enterocolitica – IgG, IgM, IgA (łącznie)
- P / ciała p / Yersinia enterocolitica – IgM
- P / ciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF
- P / ciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID
- P / ciała przeciw receptorom acetylocholiny (AChR – Ab)
- P / ciała przeciw receptorom TSH (TRAb)
- P / ciała przeciwjądrowe – (m.in. histonowe, Ku, rib – P – Protein) (ANA3) met. Immunoblotingu
- P / ciała przeciwjądrowe – i p. cytoplazmatyczne (ANA2) met. IIF, DID
- Krztusiec – IgA
- Krztusiec – IgG
- Krztusiec – IgM
- Listerioza – jakościowo
- Parvovirus B19 – IgG i IgM
- PCR – HSV – opryszczka, jakościowo
- Pneumocystoza – IgG – jakościowo
- Pneumocystoza – IgM – jakościowo
- Toksoplazmoza – IgG test awidności
- Toxocaroza IgG (półilościowo)
- Świnka – IgG
- Świnka – IgM
- SLE – półilościowo
- Serologia kiły – test potwierdzenia – FTA – ABS
- P / c p. ds.. DNA met. IIF
- P / c. p. kanalikom żółciowym met. IIF
- P / c. p.antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunobloting
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF
- P / c. p. retikulinie (ARA) w kl.IgA i IgG (łącznie) met. IIF
- P / c. p. fosfatydyloserynie w kl. IgG
- P / c. p. fosfatydyloserynie w kl. IgM
- P / c p. antygenom jajnika met. IIF
- P / c p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF
- P / c p. błonie podstawnej kłęb. Nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. Płucnych met. IIF
- Panel jelitowy (p / c p. kom. Zewnątrzwydziel. Trzustki i kom. Kubk. Jelit., ASCA, ANCA) met. IIF
- P / c. p. Saccharomyces cerevisiae (ASCA) igG met. IIF
- P / c. p. pemphigus i pemphigoid met. IIF

- Hemochromatoza met. PCR
- P / c p. gliście ludzkiej IgG
- P / c. p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG
- P / c. p. endomysium, retikulinie
- i gliadynie IgG
- P / c. p Endomysium i retikulinie IgA
- P / c. p Endomysium i retikulinie IgG
- EBV met. PCR, ilościowo
- EBV met. PCR, jakościowo
- Mycoplasma pneumoniae met. PCR, jakościowo
- Ureaplasma urealyticum met. PCR, jakościowo
- Odkleszczowe zapalenia mózgu przeciwciała w kl. IgM
- Włośnica IgG
- Toxoplazma gondii met. PCR, jakościowo
- P / c p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD)
- P / c p. fosfatazie tyrozynowej (IA2)

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

- Mocz – badanie ogólne
- Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu
- Białko w moczu
- Białko całkowite / DZM
- Fosfor w moczu
- Fosfor w moczu / DZM
- Kreatynina w moczu
- Kreatynina w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu / DZM
- Kwas moczowy w moczu
- Magnez / Mg w moczu
- Magnez / Mg w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM
- Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN w moczu
- Sód / Na w moczu
- 17 – ketosterydy w DZM
- Sód / Na w moczu / DZM
- Wapń w moczu
- Wapń w moczu / DZM
- Kwas delta – aminolewulinowy (ALA)
- Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM
- Potas / K w moczu
- Potas / K w moczu / DZM
- Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM
- Kortyzol w DZM
- Metoksykatecholaminy w DZM
- Ołów / Pb w moczu
- Albumina w DZM
- Albumina w moczu
- Aldosteron w DZM
- Amylaza w moczu
- Białko Bence Jonesa w moczu
- Chlorki / Cl w moczu
- Chlorki / Cl w moczu / DZM
- Glukoza i ketony w moczu
- Kadm w moczu
- Koproporfiryny w moczu
- Kwas 5 – hydroksyindolooctowy w DZM (5 – HIAA)
- Kwas hipurowy w moczu / DZM
- Wskaźnik albumina / kreatynina w moczu (ACR) – (d. Mikroalbuminuria w moczu)
- Rtęć / Hg w moczu
- Łańcuchy lekkie kappa w moczu
- Łańcuchy lekkie lambda w moczu
- Białko Bence`a – Jonesa w moczu
- Szczawiany w DZM
- 17 – hydroksykortykosteroidy w DZM
- Skład chemiczny kamienia nerkowego
- Pyrylinks D (marker resorpcji kości)

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (świadczenie medyczne nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Posiew moczu
- Kał posiew ogólny
- Wymaz z gardła / migdałków – posiew tlenowy
- Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy
- Wymaz z ucha – posiew beztlenowy
- Wymaz z ucha – posiew tlenowy
- Wymaz z oka – posiew tlenowy
- Wymaz z nosa
- Wymaz z nosa – posiew tlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy
- Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy
- Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS
- Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy
- Wymaz z pochwy – posiew tlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- Wymaz z rany
- Wymaz z rany – posiew beztlenowy
- Kał posiew w kierunku SS
- Czystość pochwy (biocenoza pochwy)
- Posiew nasienia tlenowy
- Posiew plwociny
- Wymaz z kanału szyjki macicy
- Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
- Kał posiew w kier. E.Coli patogenne u dzieci do lat 2
- Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica
- Wymaz z cewki moczowej
- Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy
- Posiew pokarmu – z piersi lewej – tlenowy
- Posiew pokarmu – z piersi prawej – tlenowy
- Posiew treści ropnia
- Posiew treści ropnia – beztlenowy
- Posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z cewki moczowej
- Seton z ucha – lewego – posiew tlenowy
- Seton z ucha – prawego – posiew tlenowy
- Wydzielina z piersi – posiew tlenowy
- Wymaz spod napletka – posiew tlenowy
- Wymaz z czyraków
- Wymaz z dziąseł – posiew tlenowy
- Wymaz z języka – posiew tlenowy
- Wymaz z krtani – posiew tlenowy
- Wymaz z krtani – w kierunku Pneumocistis carini
- Wymaz z odbytu – posiew tlenowy
- Wymaz z odbytu – posiew w kierunku SS
- Wymaz z owrzodzenia – posiew tlenowy
- Wymaz z pępka – posiew tlenowy
- Wymaz z prącia – posiew tlenowy
- Wymaz z warg sromowych – posiew tlenowy
- Wymaz ze zmian skórnych – posiew tlenowy
- Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz
- Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – inny materiał
- Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – z gardła
- Chlamydia pneumoniae PCR wymaz
- Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – inny materiał
- Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z cewki moczowej
- Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z kanału szyjki macicy
- Chlamydia trachomatis met. PCR – jakościowo (wymaz z pochwy, cewki moczowej lub mocz)
- Eozynofile w wymazie z nosa
- Mycoplasma hominis i Ureaplasma urealiticum – wymaz z cewki moczowej
- Mycoplasma hominis i Ureaplasma urealiticum – wymaz z kanału szyjki macicy
- Płyn stawowy – badanie cytologiczne
- Płyn stawowy – badanie ogólne
- Płyn z zatoki – posiew – tlenowy
- Owsiki – wymaz z odbytu

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- Kał badanie ogólne
- Kał na pasożyty 1 próba
- Krew utajona w kale / F.O.B.
- Kał na Rota i Adenowirusy
- Kał na Lamblie ELISA
- Helicobacter Pylori – antygen w kale
- Kał – Clostridium difficile – antygen GDH i toksyna A / B

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Standardowe* cytologiczne badanie błony śluzowej nosa

Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (świadczenie medyczne nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokieć stopy
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokieć ręki
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów włosy
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów wymaz ze skóry
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeskrobiny skórne
- Kał posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew plwociny w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdż.
- Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wydzielina
- Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wymaz
- Wymaz z cewki moczowej posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z gardła / migdałków posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z nosa posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z oka posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z rany posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z ucha posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – naskórek dłoni – zeskrobiny
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – naskórek stóp – zeskrobiny
- Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – skóra owłosiona głowy – zeskrobiny
- Posiew nasienia w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz spod napletka – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z dziąseł – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z języka – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z krtani – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z okolicy odbytu – posiew w kierunku grzybów
- Wymaz z owrzodzenia – posiew w kierunku grzybów
- Wymaz z prącia – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz z warg sromowych – posiew w kierunku grzybów drożdż.
- Wymaz ze zmian skórnych – posiew w kierunku grzybów

Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania):

- Digoksyna
- Ołów
- Karbamazepina
- Kwas walproinowy
- Kwasy żółciowe
- Lit
- Badanie toksykologiczne – methemoglobina ilościowo
- Fenytoina, ilościowo
- Cyklosporyna A, ilościowo

Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- CRP – test paskowy
- Cholesterol badanie paskowe
- Glukoza badanie glukometrem
- Troponina – badanie paskowe
- Wymaz z gardła w kierunku Streptococus A. – szybki test

Diagnostyka obrazowa:
Badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG – spoczynkowe
- Próba wysiłkowa
- Próba wysiłkowa EKG wysiłkowe na cykloergometrze
- Założenie standardowego* Holtera EKG (na 24h) w gabinecie
- Założenie Holtera EKG z 12 odprowadzeniami (na 24h)
- Założenie Holtera RR (na 24h) w gabinecie

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):

- RTG czaszki oczodoły
- RTG oczodołów + boczne (2 projekcje)
- RTG czaszki PA + bok
- RTG czaszki PA + bok + podstawa
- RTG czaszki podstawa
- RTG czaszki półosiowe wg Orleya
- RTG czaszki siodło tureckie
- RTG czaszki styczne
- RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych
- RTG twarzoczaszki
- RTG jamy brzusznej inne
- RTG jamy brzusznej na leżąco
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej – RTG tomograf
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej inne
- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
- RTG kości krzyżowej i guzicznej
- RTG nosa boczne
- RTG podudzia (goleni) AP + bok
- RTG podudzia (goleni) AP + bok obu
- RTG uda + podudzia
- RTG kości udowej AP + bok lewej
- RTG kości udowej AP + bok prawej
- RTG barku / ramienia – osiowe
- RTG barku / ramienia – osiowe obu
- RTG barku / ramienia AP + bok
- RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze
- RTG barku / ramienia AP
- RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze
- RTG przedramienia AP + bok

- RTG przedramienia obu przedramion AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok
- RTG kości skroniowych transorbitalne
- RTG kości skroniowych wg Schullera / Steversa
- RTG piramid kości skroniowej transorbitalne
- RTG ręki bok
- RTG ręki PA
- RTG ręki PA obu
- RTG palec / palce PA + bok / skos
- RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk
- RTG kości łódeczkowatej
- RTG stopy AP + bok / skos
- RTG stopy AP + bok / skos – na stojąco
- RTG stopy AP + bok / skos obu
- RTG stopy AP + bok / skos obu – na stojąco
- RTG stóp AP (porównawczo)
- RTG kości śródstopia
- RTG palca / palców stopy AP + bok / skos
- RTG pięty + osiowe
- RTG pięty boczne
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa lędźwiowego bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok
- RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa piersiowego bok
- RTG kręgosłupa piersiowego skosy
- RTG kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
- RTG kręgosłupa szyjnego skosy
- RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
- RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
- RTG łopatki
- RTG miednicy i stawów biodrowych
- RTG mostka AP
- RTG mostka / boczne klatki piersiowej
- RTG żuchwy
- RTG zatok przynosowych
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG nadgarstka boczne
- RTG nadgarstka boczne – obu
- RTG nadgarstka PA + bok
- RTG nadgarstka PA + bok obu
- RTG ręki PA + skos
- RTG ręki PA + skos obu
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego
- RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu
- RTG rzepki osiowe obu
- RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach
- RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy
- RTG stawu biodrowego AP
- RTG stawu biodrowego AP obu
- RTG stawu biodrowego osiowe
- RTG stawu kolanowego AP + bok
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu – na stojąco
- RTG stawu kolanowego boczne
- RTG stawu łokciowego
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu
- RTG czynnościowe stawów skroniowo żuchwowych
- Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG nosogardła
- RTG barku (przez klatkę)
- RTG barku AP + osiowe
- RTG obojczyka
- RTG jelita grubego – wlew doodbytniczy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG klatki piersiowej – RTG tomogram
- RTG krtani – tomogram
- RTG pasaż jelita cienkiego (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG przełyku, żołądka i 12cy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi)
- RTG teleradiogram – cefalometria cyfrowa

Badania ultrasonograficzne:

- USG jamy brzusznej
- USG układu moczowego
- USG piersi
- USG tarczycy
- USG prostaty przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transwaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG narządów moszny (jąder)
- USG ślinianek
- USG transrektalne prostaty
- USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych
- USG / doppler tętnic kończyn dolnych
- USG / doppler tętnic kończyn górnych
- USG / doppler żył kończyn dolnych
- USG / doppler żył kończyn górnych
- USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych
- USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego)
- USG / doppler tętnic nerkowych
- USG / doppler tętnic wewnątrzczaszkowych
- USG stawów biodrowych dzieci
- USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 roku życia)
- USG stawu biodrowego
- USG stawu kolanowego
- USG stawu łokciowego
- USG stawu skokowego
- USG stawu barkowego
- USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki etc.)
- USG krwiaka pourazowego mięśni
- USG węzłów chłonnych
- USG krtani
- USG nadgarstka
- USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów
- USG śródstopia
- USG rozcięgna podeszwowego
- USG stawów śródręcza i palców
- USG ścięgna Achillesa
- USG układu moczowego + TRUS
- USG przezciemiączkowe
- Echokardiografia – USG serca
- USG gałek ocznych i oczodołów
- USG ciąży – rozszerzone badanie (4 D)
- USG opłucnej
- Echokardiografia – USG serca – płodu

Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych:

- Anoskopia
- Gastroskopia (z testem ureazowym)
- Rektoskopia
- Sigmoidoskopia
- Kolonoskopia
- Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej
- Endoskopia laryngologiczna

Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- MR – Rezonans magnetyczny głowy
- MR – Rezonans magnetyczny angio głowy
- MR – Rezonans magnetyczny głowy+ angio
- MR - Rezonans magnetyczny - głowy i przysadki mózgowej
- MR – Rezonans magnetyczny twarzoczaszki
- MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej
- MR – Rezonans magnetyczny miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny miednicy kostnej
- MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny klatki piersiowej
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego
- MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego
- MR – Rezonans magnetyczny oczodołów
- MR – Rezonans magnetyczny zatok
- MR – Rezonans magnetyczny przysadki
- MR – Rezonans magnetyczny stawu barkowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu łokciowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu kolanowego
- MR – Rezonans magnetyczny nadgarstka
- MR – Rezonans magnetyczny stawu skokowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawu biodrowego
- MR – Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych
- MR – Rezonans magnetyczny stopy
- MR – Rezonans magnetyczny podudzia
- MR – Rezonans magnetyczny uda
- MR – Rezonans magnetyczny przedramienia
- MR – Rezonans magnetyczny ramienia
- MR – Rezonans magnetyczny ręki
- MR – Rezonans magnetyczny – szyi
- MR – Rezonans magnetyczny – arteriografia tętnic kończyn dolnych
- MR – Rezonans magnetyczny – badanie serca z ilościową oceną funkcji skurczowej, żywotności, perfuzji w spoczynku oraz oceną żywotności
- MR – Rezonans magnetyczny – Cholangiografia MR
- MR – Rezonans magnetyczny – Mammografia MR
- MR – Rezonans magnetyczny – morf serca z ilościową oceną funkcji skur. i oceną żywotności
- MR – Rezonans magnetyczny – serca z ilościową oceną funkcji skur.
- MR – Rezonans magnetyczny – serca z ilościową oceną przepływu krwi
- MR – Rezonans magnetyczny – Angio wielkich naczyń klatki piersiowej
- MR – Rezonans magnetyczny – Arteriografia tętnic nerkowych
- MR – Rezonans magnetyczny – jamy brzusznej i cholangiografia
- MR – artrografia nadgarstka
- MR – Rezonans magnetyczny – nadnerczy
- MR – Rezonans magnetyczny – płodu
- MR – Rezonans magnetyczny – staw z chrząstkogramem kolorowym
- MR – artrografia stawu barkowego
- MR – artrografia stawu kolanowego
- MR – artrografia stawu łokciowego
- MR – artrografia stawu skokowego
- MR – Rezonans magnetyczny – Urografia

Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi:

- TK – Tomografia komputerowa głowy
- TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki
- TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej
- TK – Tomografia komputerowa zatok
- TK – Tomografia komputerowa oczodołów
- TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych
- TK – Tomografia komputerowa szyi
- TK – Tomografia komputerowa krtani
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej - niskodawkowa
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT)
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej Trójfazowa
- TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa miednicy kostnej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego
- TK – Tomografia komputerowa nadgarstka
- TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego
- TK – Tomografia komputerowa stopy
- TK – Tomografia komputerowa uda
- TK – Tomografia komputerowa podudzia
- TK – Tomografia komputerowa ramienia
- TK – Tomografia komputerowa przedramienia
- TK – Tomografia komputerowa ręki
- TK – Tomografia komputerowa – Angio aorty brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – badanie żył i zatok mózgu
- TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – tętnice

- TK – Tomografia komputerowa – Angio aorty piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio klatki piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio kończyn dolnych
- TK – Tomografia komputerowa – Angio kończyny górnej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio nadbrzusze
- TK – Tomografia komputerowa – Angio tętnic miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa – Angio tętnic szyjnych
- TK – Tomografia komputerowa – Bronchografia TK
- TK – Tomografia komputerowa – Kolonografia
- TK – Tomografia komputerowa – naczyń wieńcowych – tętnice
- TK – artrografia nadgarstka
- TK – artrografia stawu barkowego
- TK – artrografia stawu kolanowego
- TK – artrografia stawu łokciowego
- TK – artrografia stawu skokowego
- TK – Tomografia komputerowa – szczęka, żuchwa – badanie stomatolog (implantologia)

Badania EEG:
- EEG standardowe*
- Badanie EEG standardowe* – (dzieci)

Badania EMG:
- Badanie EMG – elektromiografia – zespół cieśni nadgarstka
- Badanie EMG – elektromiografia – badanie ilościowe mięśnia
- Badanie EMG – elektromiografia – choroba neuronu ruchowego / stwardnienie boczne zanikowe (MND / SLA)
- Badanie EMG – elektromiografia – nerw twarzowy
- Badanie EMG – elektromiografia – nieurazowe uszkodzenie nerwu
- Badanie EMG – elektromiografia – ocena czynności spoczynkowej mięśnia
- Badanie EMG – elektromiografia – polineuropatia / miopatia
- Badanie EMG – elektromiografia – pourazowe uszkodzenie nerwu
- Badanie EMG – elektromiografia – Próba ischemiczna (tężyczkowa)
- Badanie EMG – elektromiografia – Próba miasteniczna
- Badanie EMG – elektromiografia – uszkodzenie splotu

Badania elektroneurograficzne:
- Elektroneurografia (ENG) – nerw czuciowy
- Elektroneurografia (ENG) – nerw ruchowy (długi)
- Elektroneurografia (ENG) – nerw ruchowy (krótkie odcinki)

Badania scyntygraficzne:
- Scyntygrafia – kości
- Scyntygrafia – nerek (Renoscyntygrafia)
- Scyntygrafia – serca – obciążeniowa
- Scyntygrafia – tarczycy
- Scyntygrafia – serca – spoczynkowa

Inne badania diagnostyczne:
- Spirometria bez leku
- Spirometria – próba rozkurczowa
- Audiometr standardowy*
- Audiometr standardowy – audiometria nadprogowa
- Audiometr standardowy – audiometria słowna
- Tympanometria
- Densytometria kręgosłup lędźwiowy (ocena kości beleczkowej) – screening
- Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening
- Badanie uroflowmetryczne
- Kolposkopia
- Mammografia
- Mammografia – zdjęcie celowane
- Komputerowe pole widzenia
- Badanie adaptacji do ciemności
- Pachymetria
- Badanie GDX
- Badanie OCT – dwoje oczu
- Badanie OCT – jedno oko
- Palestezjometria (czucie wibracji)
- Próba błędnikowa
- Próba oziębieniowa
- Próba oziębieniowa – z termometrią skórną i próbą uciskową
- Angiografia fluoresceinowa
- Badanie na anomaloskopie
- ABR – diagnostyka różnicowa
- ABR – latencje
- Audiometria impedancyjna – z tympanometrią i oceną odruchów z mięśnia strzemiączkowego (AI)
- Badanie słuchu – Charakterystyka szumu usznego (ChS)
- Badanie słuchu – Oznaczenie progu dyskomfortu słyszenia (UCL)
- Badanie słuchu – próba szeptu
- Otoemisja akustyczna
- Elektronystagmografia (ENG)
- Tilt Test
- Videonystagmografia (VNG)

Uwaga:
W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w Umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce. Diagnostyka obrazowa w zakresie TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego).

Testy alergiczne

Świadczenie medyczne obejmuje testy alergiczne skórne, testy alergiczne płatkowe lub kontaktowe oraz testy alergiczne wykonywane z krwi. Testy wykonywane są na zlecenie lekarza placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela, w następującym zakresie:

Konsultacja alergologa – kwalifikacja do testów
Testy alergiczne skórne – testy wykonywane metodą nakłuć wraz z preparatem do testów alergicznych:
- testy alergiczne skórne 1 punkt
- testy alergiczne skórne panel pokarmowy
- testy alergiczne skórne panel wziewny

Testy płatkowe / kontaktowe – testy wykonywane metodą płatkową wraz z preparatem do testów alergicznych:

- Testy płatkowe / kontaktowe – 1 punkt
- Testy płatkowe / kontaktowe – panel fryzjerski
- Testy płatkowe / kontaktowe – panel kosmetyki
- testy płatkowe / kontaktowe – panel owrzodzenia podudzi
- testy płatkowe / kontaktowe – panel podstawowy

Testy alergiczne z krwi wraz z pobraniem materiału do badania (krew):

- IGE SP. Acarus Siro D70 (w kurzu)
- IGE SP. Alternaria Tenuis M6
- IGE SP. Amoksycyklina C204
- IGE SP. Aspergillus Fumigatus M3
- IGE SP. Babka lancetowata W9
- IGE SP. Banan F92
- IGE SP. Białko jaja F1
- IGE SP. Brzoza Brodawkowata T3
- IGE SP. Bylica Pospolita W6
- IGE SP. Candida Albicans M5
- IGE SP. Cebula F48
- IGE SP. Chironimus Plumosus 173
- IGE SP. Chwasty – mieszanka: bylica pospolita (W6), pokrzywa zwyczajna (W20), nawłoć pospolita (W12), babka lancetowata (W9), komosa biała (W10)
- IGE SP. Cladosporium Herbarum M2
- IGE SP. Czekolada F105
- IGE SP. Dorsz F3
- IGE SP. Drożdże browarnicze F403
- IGE SP. Drzewa – mieszanka: olsza (T2), brzoza (T3), leszczyna (T4), dąb (T7), wierzba (T12)
- IGE SP. Fasola F15
- IGE SP. FP5 – mieszanka żywności (dziecięca): dorsz (F3), białko jaja (F1), orzech ziemny (F13), mleko krowie (F2), soja (F14), mąka pszenna (F4)
- IGE SP. Glista ludzka P1
- IGE SP. Gluten (Gliadyna) F79
- IGE SP. GP4 – mieszanka traw późnych: tomka wonna (G1), życica trwała (G5), tymotka łąkowa (G6), trzcina pospolita (G7), żyto (G12), kłosówka wełnista (G13)
- IGE SP. Groch F12
- IGE SP. Gruszka F94
- IGE SP. Gryka F11
- IGE SP. Indyk F284
- IGE SP. Jabłko F49
- IGE SP. Jad Osy Vespula SP.I3
- IGE SP. Jad Pszczoły I1
- IGE SP. Jad Szerszenia Europejskiego I5
- IGE SP. Jagnię (baranina) F88
- IGE SP. Jajko całe F245
- IGE SP. Jęczmień F6
- IGE SP. Kakao F93
- IGE SP. Karaluch – Prusak I6
- IGE SP. Kawa F221
- IGE SP. Kazeina F78
- IGE SP. Kiwi F84
- IGE SP. Komar I71
- IGE SP. Komosa Biała W10
- IGE SP. Koperek 277
- IGE SP. Kostrzewa Łąkowa G4
- IGE SP. Krupówka Pospolita G3
- IGE SP. Kukurydza F8
- IGE SP. Kurczak F83
- IGE SP. Kurz – mieszanka (Bencard)
- IGE SP. Lateks K82
- IGE SP. Lepidoglyphus Destructor D71
- IGE SP. Leszczyna Pospolita T4
- IGE SP. Marchew F31
- IGE SP. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4)
- IGE SP. mieszanka pleśni MP1: Alternaria tenuis (M6), Penicilium notatum (M1),Cladosporium herbarum(M2), Aspergillus fumigatus(M3), Candida ablicans (M5)
- IGE SP. Mleko krowie – Beta – Laktoglobulina F77
- IGE SP. Mleko Krowie F2
- IGE SP. Mleko krowie – alfa – laktoalbumina F76
- IGE SP. Mucor Racemosus M4
- IGE SP. Musztarda F89
- IGE SP. Naskórek chomika E84
- IGE SP. Naskórek królika E82
- IGE SP. Naskórek owcy E81
- IGE SP. Naskórek świnki morskiej E6
- IGE SP. Odchody gołębia E7
- IGE SP. Ogórek F244
- IGE SP. Olcha T2
- IGE SP. Orzech laskowy F17
- IGE SP. Orzech włoski F256
- IGE SP. Orzech ziemny F13
- IGE SP. Owies F7
- IGE SP. Panel alergenów oddechowych
- IGE SP. Panel mieszany
- IGE SP. Panel pokarmowy
- IGE SP. Penicilium Notatum M1
- IGE SP. Pieprz czarny F280
- IGE SP. Pierze mieszane EP71 kacze pióra (E86), gęsie pióra (E70), kurze pióra, pierze indyka
- IGE SP. Pierze (pióra gęsi) E70
- IGE SP. Pietruszka F86
- IGE SP. Pióra kaczki E86
- IGE SP. Pióra kanarka E201
- IGE SP. Pióra papużki falistej E78
- IGE SP. Pomarańcza F33
- IGE SP. Pomidor F25
- IGE SP. Pszenica F4
- IGE SP. Pyłki żyta G12
- IGE SP. Roztocze Dermathopag Pteronys. D1
- IGE SP. Roztocze Dermathophag Farinae D2
- IGE SP. Ryż F9
- IGE SP. Seler F85
- IGE SP. Ser cheddar F81
- IGE SP. Sierść konia E3
- IGE SP. Sierść kota E1
- IGE SP. Sierść psa E2
- IGE SP. Soja F14
- IGE SP. Topola T14
- IGE SP. Trawy – mieszanka GP1 (G3 kupkówka, G4 kostrzewa, G5 życica, G6 tymotka, G8 wiechlina)
- IGE SP. Truskawka F44
- IGE SP. Tuńczyk F40
- IGE SP. Tymotka Łąkowa G6
- IGE SP. Tyrophagus Putescentiae
- IGE SP. Wieprzowina F26
- IGE SP. Wierzba T12
- IGE SP. Wołowina F27
- IGE SP. Ziemniak F35
- IGE SP. Żółtko jaja F75
- IGE SP. Żyto F5
- IGE SP. mieszanka FP2 – ryby, skorupiaki, owoce morza: dorsz (F3), krewetka (F24), łosoś (F41), małż jadalny (F37), tuńczyk (F40)

Uwaga:
W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu.

Prowadzenie ciąży

Świadczenie medyczne obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez lekarza w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela zgodnie ze standardami operatora i składa się z czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu
w następującym zakresie:

- Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży
- Glukoza na czczo
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach
- Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe
- Estriol wolny
- HBs Ab / przeciwciała
- HBs Ag / antygen
- HCV Ab / przeciwciała
- HIV I / HIV II
- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh / – /)
- Różyczka IgG
- Różyczka IgM
- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP)
- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Toksoplazmoza IgG
- Toksoplazmoza IgM
- Total Beta-hCG
- Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
- USG ciąży
- USG ciąży transwaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transwaginalne

Uwaga:
Świadczenie medyczne nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Realizacja ww. zakresu badań jest dostępna na podstawie okazania karty przebiegu ciąży wydanej uprawnionej przez placówkę medyczną wskazaną przez ubezpieczyciela. Ww. zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i umowy, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży uprawnionej, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem umowy.

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia

Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia to coroczny (dostępny **1 raz** w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej) przegląd stanu zdrowia, uwzględniający wiek i płeć uprawnionego, obejmujący poszerzony zakres badań i konsultacji dla osób powyżej 18 r.ż.
Przegląd rozpoczyna się wizytą internistyczną, podczas której zostanie przeprowadzony wywiad lekarski z wystawieniem skierowań na badania (zgodnie ze wskazaniami). Przegląd kończy konsultacja internistyczna, w ramach której uprawniony uzyskuje zalecenia na przyszłość dotyczące swojego stanu zdrowia.

Dla kobiet zakres przeglądu obejmuje:
Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
Konsultacja ginekologiczna
Konsultacja kardiologiczna
Konsultacja okulistyczna
Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową*

Badania laboratoryjne:
- Mocz – badanie ogólne
- Krew utajona w kale / F.O.B.
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- Transaminaza GPT / ALT
- TSH / hTSH
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- T4 Wolne
- HBs Ag / antygen
- HCV Ab / przeciwciała
- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Glukoza na czczo

Badania obrazowe:
- USG piersi lub mammografia – kobiety w zależności od wskazań lekarskich
- RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych
- USG jamy brzusznej
- USG tarczycy
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne lub USG ginekologiczne transwaginalne

Badania czynnościowe:
- Echokardiografia – USG serca
- Badanie EKG – spoczynkowe

Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program

Dla mężczyzn zakres przeglądu obejmuje:
Konsultacja internistyczna – zebranie wywiadu zdrowotnego
Konsultacja kardiologiczna
Konsultacja urologiczna
Konsultacja okulistyczna
Konsultacja dermatologa z dermatoskopią standardową*

Badania laboratoryjne:
- Mocz – badanie ogólne
- Krew utajona w kale / F.O.B.
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- Transaminaza GPT / ALT
- PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA)
- TSH / hTSH
- Kreatynina
- Kwas moczowy
- T4 Wolne
- HBs Ag / antygen
- HCV Ab / przeciwciała
- Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- Glukoza na czczo

Badania obrazowe:
- RTG klatki piersiowej PA – w przypadku istnienia wskazań medycznych
- USG transrektalne prostaty
- USG tarczycy
- USG jąder
- USG jamy brzusznej

Badania czynnościowe:
- Badanie EKG – spoczynkowe
- Echokardiografia – USG serca

Konsultacja internistyczna – konsultacja zamykająca program

Uwaga:
Przegląd realizowany jest w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela dedykowanych do realizacji tej usługi. Aby umówić się na realizację przeglądu należy zgłosić ten fakt korzystając z formularza dostępnego na stronie https://www.luxmed.pl/strona-glowna/kontakt/

Program Medycyny Sportowej

Program Medycyny Sportowej przeznaczony jest dla uprawnionych w wieku od 6 roku życia, od 8 roku życia albo od 18 roku życia, co wynika z treści niniejszego zakresu. Usługi z Programu Medycyny Sportowej realizowane są w wybranych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i opisanych na stronie www.luxmed.pl/program-medycyny-sportowej-placowki. Zakres świadczeń dostępnych w ramach Programu Medycyny Sportowej w poszczególnych ww. placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela może być zróżnicowany w zależności od lokalizacji.

Zakres programu obejmuje:
Konsultacje lekarzy w zakresie medycyny sportowej – od 6 r.ż.
Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowany dostęp bez skierowania do konsultacji lekarzy w zakresie następujących specjalizacji:
- specjalisty medycyny sportowej
- specjalisty certyfikowanego przez PTMS

Uwaga:
Konsultacje w zakresie medycyny sportowej świadczone przez lekarza medycyny sportowej lub/i lekarza specjalisty z certyfikatem PTMS (Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej) dotyczą medycyny sportowej w zakresie: badań sportowo lekarskich służących diagnozowaniu wskazań i przeciwskazań do uprawiania sportu oraz podwyższonej aktywności fizycznej, bilansów zdrowia zawodników, sportowców amatorów i osób aktywnych, profilaktyki urazów wynikających z uprawiania sportu, ustalenia wstępnego procesu diagnostyczno-terapeutycznego, zaburzeń regeneracji powysiłkowej, zaświadczeń na potrzeby szkół sportowych, obozów sportowych. Konsultacje w zakresie medycyny sportowej nie obejmują orzecznictwa sportowego.

Orzecznictwo Sportowe – od 6 r.ż.
Usługa obejmuje nielimitowany dostęp bez skierowania do orzecznictwa sportowego w zakresie badań wstępnych, okresowych oraz kontrolnych dla dyscyplin: sporty motorowe, płetwonurkowanie, judo, zapasy, MMA, jujitsu, boks, taekwondo, kickboxing, i inne sporty walki, podnoszenie ciężarów, sporty grupowe.
W zależności od uprawianej dyscypliny sportowej oraz rodzaju badania (wstępne, okresowe, kontrolne) co 6 miesięcy wykonywane są następujące konsultacje i badania diagnostyczne:

Konsultacje lekarzy w zakresie następujących specjalizacji:
- laryngologii (dot. płetwonurkowania)
- neurologii (dot. taekwondo, boksu, MMA, jujitsu, innych sportów walki)
- specjalisty w zakresie medycyny sportowej z wydaniem orzeczenia

Badania laboratoryjne:
- Badania podstawowe krwi wraz z pobraniem materiału (krew) do badania
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Glukoza / Glucose na czczo

Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:
- Mocz – badanie ogólne

Badania czynnościowe:

- Badanie EKG - spoczynkowe
- Badanie EEG (dot. taekwondo, boksu, MMA, jujitsu, innych sportów walki)
- Spirometria (dot. płetwonurkowania)

Zabiegi pielęgniarskie:

- Mierzenie RR/ciśnienia
- Badanie stomatologiczne
- Badanie ostrości wzroku (bliży, dali przy zastosowaniu tablic Snellena)
- Pomiary antropometryczne

Badania orzecznicze wykonywane są zgodnie ze standardem sportowych badań orzeczniczych operatora, opracowanym w oparciu o aktualne wytyczne Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej i przy współpracy z Polskim Towarzystwem Medycyny Sportowej. Zakres wykonywanych badań uzależniony jest od uprawianej dyscypliny sportowej oraz momentu wykonywanych badań, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2016 w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu i częstotliwości wymaganych badań lekarskich niezbędnych do uzyskania tych orzeczeń. Orzeczenie wydaje lekarz specjalista w dziedzinie medycyny sportowej natomiast o ile uprawniony nie ukończył 23 r.ż. może je wydać także lekarz posiadający certyfikat Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej (PTMS). W przypadku zmiany uregulowań prawnych dotyczących orzecznictwa sportowego świadczenia w ramach powyższego zakresu, w tym zakres badań, mogą ulec zmianie wskutek dostosowania ich do powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Uwaga:
Zawodnik uczestniczący we współzawodnictwie sportowym organizowanym przez podmioty prowadzące działalności w zakresie organizacji aktywności sportowej zgodnie art. 37 rozdział 7 Ustawy o Sporcie z 25.06.2010, podlega ogólnym badaniom specjalistycznym i diagnostycznym w zakresie niezbędnym do wydania orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczne uczestnictwo we współzawodnictwie sportowym, w szczególności uczestnictwo w treningach lub zawodach sportowych. Lekarz medycyny sportowej mając na uwadze indywidualny stan zdrowia pacjenta, w celu wystawienia orzeczenia może zlecić dodatkowe badania wykraczające poza opisany powyżej zakres świadczeń.

Badanie FMS (Functional Movement Screen) – od 8. r.ż.
Usługa obejmuje nielimitowany dostęp bez skierowania do badania oceniającego jakość ruchu przez dyplomowanego fizjoterapeutę na które składa się: ocena mobilności stawów, koordynacji nerwowo-mięśniowej, stabilności lokalnej i globalnej oraz jakości wykonania prawidłowych wzorców ruchowych. Badanie przeprowadzane jest zgodnie ze standardami operatora dla badań FMS.

Program Kardio Sport – Podstawowa Diagnostyka Kardiologiczna – od 18 r.ż.
Świadczenie medyczne obejmuje nielimitowany dostęp bez skierowania do niżej wymienionych badań w ramach Programu Kardio Sport. Program dedykowany osobom aktywnym, pozwala na wstępną (w zakresie podstawowej diagnostyki) ocenę możliwości wystąpienia schorzeń kardiologicznych.
W ramach programu wykonywane są następujące badania diagnostyczne:
Analiza składu ciała

Badania laboratoryjne:

- Badania krwi wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Glukoza na czczo
- Kreatynina
- Lipidogram

Badania czynnościowe:

- Badanie EKG - spoczynkowe

Próba wysiłkowa Kardio Sport z omówieniem otrzymanych wyników, wydaniem zaleceń na przyszłość oraz wystawieniem zaświadczenia przez lekarza wykonującego próbę.

Uwaga:
Program nie ocenia wszystkich predyspozycji do uprawiania sportu o zwiększonym wysiłku i natężeniu. Próba wysiłkowa Kardio Sport wykonywana jest po stwierdzeniu przez lekarza w trakcie oceny EKG spoczynkowego braku przeciwskazań medycznych do przeprowadzenia badania. Program kończy się wydaniem zaświadczenia o braku przeciwskazań kardiologicznych, do amatorskiego uprawniania sportu, wymagającego wysiłku fizycznego. Wydane zaświadczenie nie stanowi orzeczenia wydawanego w ramach orzecznictwa sportowego

Fizjoterapia

W ramach świadczenia medycznego Fizjoterapia uprawnionemu przysługuje nielimitowany dostęp do konsultacji fizjoterapeuty. Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, badanie funkcjonalne, poradę Fizjoterapeuty wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz ustalenia trybu rehabilitacji.

Świadczenie medyczne obejmuje wyłącznie rehabilitację narządu ruchu i realizowana jest z następujących wskazań (kryteriów kwalifikacyjnych) - dotyczy uprawnionych:

- po urazach ortopedycznych
- cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów
- cierpiących z powodu chorób zawodowych związanych z narządem ruchu (potwierdzonych odpowiednim orzeczeniem)
- cierpiących z powodu neurologicznych zespołów bólowych
- z zaburzeniami napięcia mięśniowego (dot. rehabilitacji neurokinezjologicznej dla dzieci do 18 r.ż.)
- z wadami postawy (dot. rehabilitacji wad postawy dla dzieci do 18 r.ż.)

Zabiegi są realizowane na podstawie skierowań Fizjoterapeutów lub lekarzy (przyjmujących w zakresie ortopedii, neurologii, neurochirurgii, reumatologii, rehabilitacji medycznej, balneologii) z ambulatoryjnej placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela, określających zakres i rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych i dotyczy fizjoterapii prowadzonej w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. **Świadczenie Fizjoterapia jest nielimitowany za wyjątkiem wykonania ogółem 5 zabiegów rehabilitacji (neurokinezjologicznej lub wad postawy)** w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej.

Fizjoterapia obejmuje następujący zakres zabiegów fizyko- i kinezyterapii:

- Fizykoterapia – elektrostymulacja mm. k. dolnej
- Fizykoterapia – elektrostymulacja mm. k. górnej
- Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – fonoforeza nadgarstek
- Fizykoterapia – fonoforeza podudzie
- Fizykoterapia – fonoforeza przedramię
- Fizykoterapia – fonoforeza ramię
- Fizykoterapia – fonoforeza ręka
- Fizykoterapia – fonoforeza staw barkowy
- Fizykoterapia – fonoforeza staw biodrowy
- Fizykoterapia – fonoforeza staw kolanowy
- Fizykoterapia – fonoforeza staw łokciowy
- Fizykoterapia – fonoforeza staw skokowy
- Fizykoterapia – fonoforeza stopa
- Fizykoterapia – fonoforeza udo
- Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – galwanizacja nadgarstek
- Fizykoterapia – galwanizacja podudzie
- Fizykoterapia – galwanizacja przedramię
- Fizykoterapia – galwanizacja ramię
- Fizykoterapia – galwanizacja ręka
- Fizykoterapia – galwanizacja staw barkowy
- Fizykoterapia – galwanizacja staw biodrowy
- Fizykoterapia – galwanizacja staw kolanowy
- Fizykoterapia – galwanizacja staw łokciowy
- Fizykoterapia – galwanizacja staw skokowy
- Fizykoterapia – galwanizacja stopa
- Fizykoterapia – galwanizacja udo
- Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – jonoforeza nadgarstek
- Fizykoterapia – jonoforeza podudzie
- Fizykoterapia – jonoforeza przedramię
- Fizykoterapia – jonoforeza ramię
- Fizykoterapia – jonoforeza ręka
- Fizykoterapia – jonoforeza staw barkowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw biodrowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw kolanowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw łokciowy
- Fizykoterapia – jonoforeza staw skokowy
- Fizykoterapia – jonoforeza stopa
- Fizykoterapia – jonoforeza udo
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa nadgarstek
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa podudzie
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa przedramię
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa ramię
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa ręka
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw barkowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw biodrowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw kolanowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw łokciowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw skokowy
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa stopa
- Fizykoterapia – krioterapia miejscowa udo
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny nadgarstek
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny podudzie
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny przedramię
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny ramię
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny ręka
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw barkowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw biodrowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw kolanowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw łokciowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw skokowy
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny stopa
- Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny udo
- Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – pole magnetyczne nadgarstek
- Fizykoterapia – pole magnetyczne podudzie

- Fizykoterapia – pole magnetyczne przedramię
- Fizykoterapia – pole magnetyczne ramię
- Fizykoterapia – pole magnetyczne ręka
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw barkowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw biodrowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw kolanowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw łokciowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne staw skokowy
- Fizykoterapia – pole magnetyczne stopa
- Fizykoterapia – pole magnetyczne udo
- Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy DD nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy DD podudzie
- Fizykoterapia – prądy DD przedramię
- Fizykoterapia – prądy DD ramię
- Fizykoterapia – prądy DD ręka
- Fizykoterapia – prądy DD staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy DD staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy DD stopa
- Fizykoterapia – prądy DD udo
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne podudzie
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne przedramię
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne ramię
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne ręka
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne stopa
- Fizykoterapia – prądy interferencyjne udo
- Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy TENS nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy TENS podudzie
- Fizykoterapia – prądy TENS przedramię
- Fizykoterapia – prądy TENS ramię
- Fizykoterapia – prądy TENS ręka
- Fizykoterapia – prądy TENS staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy TENS staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy TENS stopa
- Fizykoterapia – prądy TENS udo
- Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – ultradźwięki nadgarstek
- Fizykoterapia – ultradźwięki podudzie
- Fizykoterapia – ultradźwięki przedramię
- Fizykoterapia – ultradźwięki ramię
- Fizykoterapia – ultradźwięki ręka
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw barkowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw biodrowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw kolanowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw łokciowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki staw skokowy
- Fizykoterapia – ultradźwięki stopa
- Fizykoterapia – ultradźwięki udo
- Fizykoterapia – ultradźwięki (w wodzie)
- Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup lędźwiowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup piersiowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup szyjny
- Fizykoterapia – prądy Traberta nadgarstek
- Fizykoterapia – prądy Traberta podudzie
- Fizykoterapia – prądy Traberta przedramię
- Fizykoterapia – prądy Traberta ramię
- Fizykoterapia – prądy Traberta ręka
- Fizykoterapia – prądy Traberta staw barkowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta staw biodrowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta staw kolanowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta staw łokciowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta staw skokowy
- Fizykoterapia – prądy Traberta stopa
- Fizykoterapia – prądy Traberta udo
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup piersiowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup szyjny
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe nadgarstek
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe podudzie
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe przedramię
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe ramię
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe ręka
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw barkowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw biodrowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw kolanowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw łokciowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw skokowy
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe stopa
- Kinezyterapia – ćw. instruktażowe udo
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup piersiowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup szyjny
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające nadgarstek
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające podudzie
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające przedramię
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające ramię
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające ręka
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw barkowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw biodrowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw kolanowy

- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw łokciowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw skokowy
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające stopa
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające udo
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna kręgosłup piersiowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna kręgosłup szyjny
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna nadgarstek
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna podudzie
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna przedramię
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna ramię
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna ręka
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw barkowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw biodrowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw kolanowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw łokciowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna staw skokowy
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna stopa
- Kinezyterapia – Terapia indywidualna udo
- Kinezyterapia – wyciąg trakcyjny kręgosłup lędźwiowy
- Kinezyterapia – wyciąg trakcyjny kręgosłup szyjny
- Terapia miorelaksacyjna - masaż leczniczy kręgosłupa
- Terapia indywidualna wg metod neurokinezjologicznych / neurofizjologicznych dzieci
- Kinezyterapia – ćw. usprawniające wady postawy dzieci

Uwaga:
Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów fizjoterapii w przypadku: wad wrodzonych i ich następstw, wad postawy, urazów okołoporodowych, przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw, chorób demielinizacyjnych i ich następstw, chorób neurodegeneracyjnych i ich następstw; fizjoterapii po: incydentach kardiologicznych, incydentach neurologicznych i naczyniowo-mózgowych, fizjoterapii uroginekologicznej, fizjoterapii metodami wysokospecjalistycznymi (metody mechaniczne, neurofizjologiczne, techniki osteopatyczne) oraz usług o charakterze diagnostyki i treningu funkcjonalnego, gimnastyki korekcyjnej i fitness. Zakres świadczenia nie obejmuje fizjoterapii martwic jałowych blizn/ bliznowców, stanów po oparzeniach oraz terapii wisceralnej – terapii narządów wewnętrznych.

Stomatologia

Dyżur stomatologiczny

Zakres Dyżuru stomatologicznego, w zależności od placówki medycznej, obejmuje pokrycie albo zwrot kosztów (Refundacja) do maksymalnej wysokości limitu, tj. kwoty **350 zł** w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, wykonywanych przez lekarzy stomatologów określonych poniżej usług:

- Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna
- Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna
- Nacięcie ropnia zębopochodnego - włącznie z drenażem pomoc doraźna
- Odbarczenie ropnia przyzębnego pomoc doraźna
- Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym pomoc doraźna
- Opatrunek leczniczy w zębie stałym pomoc doraźna
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego pomoc doraźna
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego pomoc doraźna
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna
- Płukanie suchego zębodołu + założenie leku pomoc doraźna
- Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe pomoc doraźna
- Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiękowe pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne pomoc doraźna
- RTG punktowe zdjęcie zęba pomoc doraźna

Uwaga:
Usługi w ramach Dyżuru stomatologicznego wykonywane są wyłącznie w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza godzinami pracy placówek medycznych operatora. Warunkiem realizacji usług w ramach Dyżuru stomatologicznego jest zgłoszenie przez uprawnionego potrzeby skorzystania z dyżuru stomatologicznego w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poprzez Infolinię (nr tel. 22 33 22 888), a następnie wykonanie usług we wskazanej przez operatora placówce medycznej, zgodnie z instrukcją pracownika Infolinii, w przypadku gdy w danej placówce medycznej nie można zrealizować usługi bezgotówkowo, pokrycie kosztów wykonanych usług zgodnie z obowiązującym w niej cennikiem, złożenie wniosku o Refundację wraz z dołączonymi oryginałami faktur albo rachunków za wykonane na rzecz uprawnionego usługi. Faktura albo rachunek powinny zawierać:

a) dane uprawnionego do zwrotu kosztów na rzecz, którego zostały wykonane usługi (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku usług na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka na rzecz, którego wykonane zostały usługi;
b) wykaz wykonanych na rzecz uprawnionego usług (stanowiący treść faktury) lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez placówkę medyczną wykonującą te usługi wraz z nazwą usługi, lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej danej, zrealizowanej usługi;
c) ilość zrealizowanych usług danego rodzaju;
d) datę wykonania usługi;
e) cenę jednostkową zrealizowanej usługi.

Jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów usług w trybie Refundacji Ubezpieczyciel uzyska dowody na okoliczność, iż Refundacja została dokonana na podstawie informacji lub faktur albo rachunków niezgodnych ze stanem faktycznym wskazanym we Wniosku lub dołączonych dokumentach (np. przedłożenie wraz z Wnioskiem faktur albo rachunków za usługi wykonane na

rzecz osób trzecich), ubezpieczycielowi przysługuje zwrot wypłaconych nienależnie kwot w ramach Refundacji wraz z odsetkami liczonymi od dnia dokonania wypłaty środków w ramach Refundacji.
Wypłata świadczenia z tytułu Refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez uprawnionego Wniosku o Refundację, wraz z załączonymi kopiami faktur albo rachunków oraz pozostałymi wymaganymi dokumentami.
Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we Wniosku numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty otrzymania Wniosku. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
Wniosek o Refundację dostępny jest na stronie www.warta.pl.

Profilaktyka stomatologiczna
Zakres Profilaktyki Stomatologicznej obejmuje wykonanie **1 raz** w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela przeglądu stomatologicznego tj. oceny stanu uzębienia przez lekarza stomatologa przyjmującego w zakresie stomatologii zachowawczej, oraz zabiegów higieny jamy ustnej przez higienistkę stomatologiczną, i obejmuje następujące świadczenia:
- Badanie lekarskie stomatologiczne
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1 łuk zębowy
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1/2 łuku zębowego
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 2 łuki zębowe
- Instruktaż higieny jamy ustnej
- Polerowanie zębów
- Usunięcie złogów naddziąsłowych / scaling/ uzupełniające
- Usunięcie złogów naddziąsłowych / scaling/ z 1 łuku zębowego
- Usunięcie złogów naddziąsłowych / scaling/ ze wszystkich zębów
- Usuwanie osadu - piaskowanie
- Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym - 1 ząb
- Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową

Znieczulenia
Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:
- Znieczulenie w stomatologii aparatem WAND
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiękowe
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe
- Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne

Stomatologia zachowawcza
Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:
- Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza
- Wypełnienie ubytku korony zęba na 1 powierzchni standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Wypełnienie ubytku korony zęba na 2 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Wypełnienie ubytku korony zęba na 3 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych standardowym materiałem światłoutwardzalnym
- Wypełnienie glasjonomer
- Badanie żywotność zęba
- Ćwiek okołomiazgowy
- Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa - licówka z kompozytu
- Kosmetyczne pokrycie przebarwienia zębiny w zębach przednich - licówka z kompozytu
- Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej
- Opatrunek leczniczy w zębie stałym
- Płukanie kieszonki dziąsłowej
- Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku
- Kauteryzacja brodawki dziąsłowej

Pedodoncja
Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi wraz z materiałami:
- Badanie lekarskie stomatologiczne kontrolne pedodontyczne
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni lecznicze
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach lecznicze
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach
- Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach lecznicze
- Wizyta adaptacyjna (dzieci) - stomatologia
- Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym
- Impregnacja zębiny - każdy ząb
- Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego
- Leczenie endodontyczne zęba mlecznego
- Leczenie zgorzeli miazgi zęba mlecznego
- Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieuformowanym korzeniem
- Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem

Chirurgia stomatologiczna
Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:
- Konsultacja specjalistyczna chirurga stomatologa
- Nacięcie ropnia zębopochodnego - włącznie z drenażem
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego z wstecznym wypełnieniem kanału
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego
- Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego z wstecznym wypełnieniem kanału

- Usunięcie zęba jednokorzeniowego
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego
- Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe
- Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzzębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego
- Wycięcie kaptura dziąsłowego w obrębie 1 zęba
- Wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej, mucocele stomatologia
- Założenie opatrunku chirurgicznego stomatologia
- Płukanie suchego zębodołu + założenie leku
- Pobranie wycinka w jamie ustnej
- Plastyka wędzidełka wargi, policzka,języka stomatologia
- Wyłuszczenie torbieli zębopochodnej
- Operacyjne usunięcie zęba skomplikowane chirurgicznie
- Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego
- Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego z doklejeniem zamka
- Operacyjne usunięcie zęba częściowo zatrzymanego
- Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba

Ponadto uprawnionemu przysługuje **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Reimplantacja zęba
- Plastyka wyrostka zębodołowego w obrębie połowy szczęki - przygotowanie do protetyki
- Plastyka wyrostka zębodołowego z użyciem przeszczepu - bez kosztu materiału
- Repozycja i unieruchomienie złamanego wyrostka zębodołowego
- Wyłuszczenie kamienia z przewodu ślinianki stomatologia
- Plastyka połączenia lub przetoki ustno-zatokowej
- Tymczasowe zaopatrzenie złamanej szczęki
- Repozycja i unieruchomienie zwichnięcia żuchwy
- Augmentacja zatoki szczękowej 1
- Augmentacja zatoki szczękowej 2
- Augmentacja zatoki szczękowej 3
- Przeszczep tkanki łącznej z podniebienia – pobranie
- Przeszczep tkanki łącznej z podniebienia - pobranie
- Transpozycja nerwu zębodołowego dolnego
- Augmentacja kości 1
- Augmentacja kości 2
- Augmentacja kości 3
- Zabieg wszczepiania Emdogain i Endobon
- Zabieg płatowy z augmentacją preparatem Endobon
- Zabieg płatowy z augmentacją preparatem Endobon i błoną Osseoguard
- Zabieg płatowy z augmentacją preparatem Endobon i preparatem Emdogain
- Regeneracja / Augmentacja zębodołu po ekstrakcji z wykorzystaniem biomateriału
- Szycie rany wargi
- Operacyjne usunięcie zawiązków zębów
- Regeneracja / Augmentacja zębodołu po ekstrakcji z wykorzystaniem stożków kolagenowych
- Autogenny przeszczep kości do 3 zębodołów
- Uzupełnienie zębodołu materiałem kościozastępczym bez kosztu materiału
- Zabieg użycia fibryny bogatopłytkowej (PRP) w stomatologii
- Membrana wraz z zastosowaniem
- Membrana zastępująca tkankę łączną wraz z zastosowaniem
- Membrana kolagenowa wraz z zastosowaniem
- Membrana i-GEN lub siatka tytanowa wraz z zastosowaniem
- Usunięcie membrany i-Gen

Endodoncja

Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza
- Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem
- Chemo-mechaniczne opracowanie kanału korzeniowego
- Udrożnienie kanału korzeniowego
- Wypełnienie kanału korzeniowego
- Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego

Ponadto uprawnionemu przysługuje **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Usunięcie złamanego narzędzia z kanału w mikroskopie zabiegowym
- Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego w mikroskopie zabiegowym
- Leczenie endodontyczne zęba siecznego lub kła w mikroskopie zabiegowym etap I
- Leczenie endodontyczne zęba siecznego lub kła w mikroskopie zabiegowym etap II
- Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I
- Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II
- Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I
- Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II
- Specjalistyczna ocena tkanek w mikroskopie zabiegowym
- Wizyta interwencyjna w leczeniu endodontycznym

Protetyka

Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja specjalistyczna protetyczna

Ponadto uprawnionemu przysługuje **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Proteza całkowita z metalowym podniebieniem
- Korekta zgryzu
- Modele dla celów diagnostycznych lub planowania lekarz
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met.
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany
- Wkład koronowo-korzeniowy z metalu, ceramiki, szkła - standardowy
- Korona tymczasowa metodą pośrednią
- Korona lana pełnometalowa
- Korona lana ze złota przedtrzonowiec
- Korona porcelanowa na metalu bez stopnia
- Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec
- Licówka porcelanowa
- Wkład koronowy kompozytowy ONLAY INLAY OVERLAY
- Korona teleskopowa galwaniczna, złota
- Zasuwa / zatrzask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej
- Wymiana wkładki Rhein - 1 element
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów
- Proteza całkowita w szczęce
- Proteza całkowita w żuchwie
- Proteza szkieletowa z zatrzaskami bez kosztu zatrzasku
- Proteza szkieletowa
- Proteza overdenture na zatrzasku ze złota
- Naprawa protezy - 1 element
- Podścielenie protezy bezpośrednie
- Podścielenie protezy pośrednie
- Zdjęcie korony protetycznej - 1 element
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów
- Korona porcelanowa na złocie trzonowiec
- Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim
- Korona lana ze złota trzonowiec
- Korona lana ze złota ząb w odcinku przednim
- Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY
- Cementowanie korony protetycznej
- Cementowanie mostu
- Proteza częściowa osiadająca - 1 punkt
- Ustalenie zwarcia przy pomocy artykulatora
- Wycisk czynnościowy za pomocą łyżki indywidualnej
- Wkład koronowo - korzeniowy pełnoceramiczny
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met. I Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met. II Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany I Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany II Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota I Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota II Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany I Etap
- Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany II Etap
- Korona lana pełnometalowa I Etap
- Korona lana pełnometalowa II Etap
- Korona lana ze złota przedtrzonowiec I Etap
- Korona lana ze złota przedtrzonowiec II Etap
- Korona lana ze złota trzonowiec I Etap
- Korona lana ze złota trzonowiec II Etap
- Korona lana ze złota ząb w odcinku przednim I Etap
- Korona lana ze złota ząb w odcinku przednim II Etap
- Korona porcelanowa na metalu bez stopnia I Etap
- Korona porcelanowa na metalu bez stopnia II Etap
- Korona porcelanowa na galwanie I Etap
- Korona porcelanowa na galwanie II Etap
- Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec I Etap
- Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec II Etap
- Korona porcelanowa na złocie trzonowiec I Etap
- Korona porcelanowa na złocie trzonowiec II Etap
- Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim I Etap
- Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim II Etap
- Licówka porcelanowa I Etap
- Licówka porcelanowa II Etap
- Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY I Etap
- Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY II Etap
- Korona teleskopowa galwaniczna, złota I Etap
- Korona teleskopowa galwaniczna, złota II Etap
- Zasuwa / zatrzask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej I Etap
- Zasuwa / zatrzask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej II Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów I Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów II Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów I Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów II Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów I Etap
- Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów II Etap
- Proteza całkowita w szczęce I Etap
- Proteza całkowita w szczęce II Etap
- Proteza całkowita w żuchwie I Etap
- Proteza całkowita w żuchwie II Etap
- Proteza szkieletowa z zatrzaskami bez kosztu zatrzasku I etap
- Proteza szkieletowa z zatrzaskami bez kosztu zatrzasku II etap
- Proteza szkieletowa I Etap
- Proteza szkieletowa II Etap
- WAX UP
- WAX UP INTERDENT
- Wkład koronowo - korzeniowy pełnoceramiczny I Etap
- Wkład koronowo - korzeniowy pełnoceramiczny II Etap
- Most adhezyjny - 1 punkt
- Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CADCAM lava everest
- Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CADCAM lava everest I Etap
- Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CADCAM lava everest II Etap
- Zatrzask Rhein 1 element
- Zatrzask Bredent 1 element
- Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym
- Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym I Etap
- Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym II Etap
- Korona teleskopowa metalowa
- Korona teleskopowa metalowa I Etap
- Korona teleskopowa metalowa II Etap
- Licówka porcelanowa boczna
- Licówka porcelanowa boczna I Etap
- Licówka porcelanowa boczna II Etap
- Proteza overdenture na zatrzasku ze złota I Etap
- Proteza overdenture na zatrzasku ze złota II Etap
- Maska dziąsłowa Gradia
- Maska dziąsłowa Gradia I Etap
- Maska dziąsłowa Gradia II Etap
- Kontrola i korekta ustawienia zębów w wosku

- Kontrola i korekta metalu protezy szkieletowej
- Szynoproteza
- Wkład koronowy metalowy ONLAY INLAY OVERLAY
- Wkład koronowy ze złota
- Wkłady kulowe
- Szyna ochronna sport
- Szyna ochronna sport kolor
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy Etap I
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy Etap II
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany Etap I
- Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany Etap II
- Modele dla celów diagnostycznych lub planowania lekarz
- Wzmocnienie protezy łukiem
- Wzmocnienie protezy siatką stalową
- Wzmocnienie protezy siatką pozłacaną
- Proteza overdenture na koronach teleskopowych Etap I
- Proteza overdenture na koronach teleskopowych Etap II
- Zamek ASC
- Badanie łukiem twarzowym i osadzenie w artykulatorze
- Mikroproteza akrylowa
- MOCK UP 1 łuk
- MOCK UP 1 punkt
- Wizualizacja efektu leczenia protetycznego na modelu
- Wymiana teflonu
- Korona kompozytowa pełna
- Korona kompozytowa na włóknie szklanym
- Korona pełnoceramiczna na cyrkonie
- Korona pełnoceramiczna na cyrkonie I Etap
- Korona pełnoceramiczna na cyrkonie II Etap
- Korona pełnoceramiczna
- Korona pełnoceramiczna I Etap
- Korona pełnoceramiczna II Etap
- Maryland uzupełnienie brakującego zęba - akryl
- Maryland uzupełnienie brakującego zęba – kompozyt

Ortodoncja

Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja ortodonty

Ponadto uprawnionemu przysługuje **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Aparat grubołukowy Bi-helix, Quad - helix
- Aparat blokowy z modyfikacją
- Aparat Derishwailera
- Aparat ortodontyczny ruchomy
- Aparat stały - zamknięty metalowy 1 łuk
- Aparat Stochfischa
- Jeden punkt aparatu metalowego przezroczystego
- Jeden punkt aparatu metalowego stałego
- Lip - bumper
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana łuku
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana śruby 1
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana śruby 2
- Naprawa aparatu ortodontycznego pęknięcie płyty
- Naprawa aparatu ortodontycznego dorobienie elementu drucianego
- Płytka Nanca
- Płytka przedsionkowa
- Proca bródkowa
- Przerzut podniebienny
- Przerzut podniebienny NiTi
- Retainer 1
- Retainer 2
- Retainer 3
- Konsultacja ortodonty w przebiegu leczenia aparatem ruchomym
- Konsultacja ortodonty w przebiegu leczenia aparatem stałym
- Wyciąg zewnętrzny
- Zdjęcie aparatu ortodontycznego stałego
- Wizyta z procą bródkową
- Wizyta ze szlifowaniem guzków
- Analiza zgryzu i opracowanie planu leczenia
- Aparat blokowy
- Jeden łuk aparatu stałego zamki porcelanowe
- Jeden łuk aparatu stałego metalowego
- Konsultacja ortodonty z wyciskiem
- Naprawa aparatu dorobienie 1 elementu
- Naprawa aparatu dorobienie 2 elementów
- Naprawa aparatu dorobienie 3 elementów
- Wizyta z płytą przedsionkową
- Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem ruchomym
- Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym x 1
- Wymiana zamka metalowego
- Wymiana zamka porcelanowego
- Łuk segmentowy 1/3
- Łuk segmentowy 1/2
- Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki metalowe
- Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki kryształowe
- Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe
- Aparat ruchomy - płyta Schwarza
- Aparat stały - zamki estetyczne 1 łuk
- Aparat Hyrax
- Aparat pendulum
- Aparat stały - zamki estetyczne część łuku 1
- Aparat stały - zamki estetyczne część łuku 2
- Aparat grubołukowy Bi-helix, Quad - helix I Etap
- Aparat grubołukowy Bi-helix, Quad - helix II Etap
- Aparat blokowy I Etap
- Aparat blokowy II Etap
- Aparat ruchomy - płyta Schwarza I Etap
- Aparat ruchomy - płyta Schwarza II Etap
- Aparat Hyrax I Etap
- Aparat Hyrax II Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe I Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe II Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe I Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe II Etap
- Naprawa aparatu ortodontycznego
- Aparat pendulum I Etap
- Aparat pendulum II Etap
- Aparat Nance
- Kontrola retencji
- Stripping - pionowe szlifowanie zębów 1 ząb
- Wykonanie szyny nagryzowej akrylowej
- Założenie wyciągu zewnątrzustnego
- Wykonanie płytki retencyjnej
- Założenie łuku retencyjnego - szczęka
- Założenie łuku retencyjnego - żuchwa
- Zdjęcie łuku retencyjnego
- Aparat stały - zamki bezligaturowe metalowe 1 łuk
- Aparat stały - zamki bezligaturowe estetyczne 1 łuk
- Aparat TWIN - BLOCK
- Aparat TWIN - BLOCK etap I
- Aparat TWIN - BLOCK etap II
- Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki porcelanowe
- Aparat Hassa
- Utrzymywacz przestrzeni

- Clear aligner wycisk
- Clear aligner kontrola
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki ceramiczne
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki ceramiczne
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki metalowe
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki metalowe
- Dodatkowy element ortodontyczny 1
- Dodatkowy element ortodontyczny 2
- Dodatkowy element ortodontyczny 3
- Wymiana zamka estetycznego
- Płytka przedsionkowa - infant trainer
- Aparat stały - zamki bezligaturowe Damona - estetyczne 1 łuk
- Aparat stały - zamki bezligaturowe Damona - metalowe 1 łuk
- Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym z zamkami bezligaturowymi Damona - 1 łuk
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe I Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe II Etap
- Aparat Multi - P
- Aparat wieloczynnościowy Rotator trzonowców
- Aparat Ekspander
- Aparat TWIN - BLOCK ze śrubą - zmodyfikowany
- Aparat TWIN - BLOCK ze śrubą - zmodyfikowany etap I
- Aparat TWIN - BLOCK ze śrubą - zmodyfikowany etap II
- Zawias Herbsta
- Zawias Herbsta etap I
- Zawias Herbsta etap II
- Dystalizer Carriere
- Rozklinowanie typu Guray / OBC
- Aparat stały fragmentaryczny
- Aparat stały - zamki językowe 2D 1 łuk
- Wymiana zamka metalowego językowego 2D
- Wizyta kontrolna - aparat stały, zamki językowe 2D jeden łuk
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki językowe 2D
- Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki językowe 2D
- Aparat MALU
- Aparat grubołukowy - łuk podniebienny
- Aparat grubołukowy - łuk językowy
- Aparat stały 2x4 metalowy
- Szyna akrylowa ortodontyczna
- Korektor drugiej klasy
- Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne
- Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne Etap I
- Wymiana łuku zamki językowe indywidualne
- Wymiana zamka językowego indywidualnego
- Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne Etap II
- Aparat System Benefit etap I
- Aparat System Benefit etap II
- Aparat ortodontyczny elastyczny
- Zabieg separacji zębów
- Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym częściowym
- Przyklejenie zamka ortodonycznego metalowego
- Przyklejenie zamka ortodonycznego kryształowego
- Założenie łuku ortodontycznego
- Aparat stały 2x4 estetyczny
- Aparat stały 2x4 estetyczny I Etap
- Aparat stały 2x4 estetyczny II Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki bezniklowe
- Jeden łuk aparatu stałego zamki bezniklowe I Etap
- Jeden łuk aparatu stałego zamki bezniklowe II Etap
- Retencja łuk retencyjny 1 ząb
- Planowanie leczenia ortognatycznego
- Płytkoproteza dziecięca
- Płytkoproteza dziecięca I Etap
- Płytkoproteza dziecięca II Etap
- Retencja łuk retencyjny 6 zębów
- Modele dla celów diagnostycznych lub planowania ortodonta

Biostomatologia

Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje ponadto **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Badanie śliny za pomocą testu Saliva-Check Buffer (GC)
- Badanie poziomu bakterii Streptococcus mutans w ślinie za pomocą Saliva-Check Mutans (GC)
- Kontrola płytki nazębnej – Tri Plaque ID Gel (GC)
- Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/ periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET standard (MIP PHARMA)
- Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/ periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET plus (MIP PHARMA)
- Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis/ periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET deluxe (MIP PHARMA)
- Infiltracja próchnicy – ICON (DMG)
- Minimalnie inwazyjna terapia próchnicy z wykorzystaniem technologii szklanej hybrydy – EQUIA FORTE
- Zastosowanie bioaktywnego substytutu zębiny – Biodentine (Septodont)
- Biorekonstrukcja utraconych tkanek zęba z zastosowaniem materiału ACTIVA (Pulpdent)
- Rekonstrukcja utraconych tkanek zęba z wykorzystaniem BPA-free Gaenial
- Miejscowe stosowanie MI VARNISH (GC) uwalniającego biodostępny wapń, fosforan i fluor
- Terapia podtrzymująca z wykorzystaniem biodostępnego wapnia, fosforanu i fluoru – GC MI Paste Plus
- Remineralizacja szkliwa preparatem Tooth Mousse

Periodontologia

Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:

- Konsultacja specjalistyczna periodontologiczna

Ponadto uprawnionemu przysługuje **rabat 15%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej - ozonoterapia lekarz
- Kiretaż zwykły w obrębie 1/4 łuku
- Kiretaż otwarty w obrębie 1 zęba
- Unieruchomienie zębów ligaturą drucianą - ząb
- Unieruchomienie zębów szyną z kompozytu - 1 ząb
- Unieruchomienie zębów szyną z kompozytu z dodatkowymi wzmocnieniami - 1 ząb
- Zabieg wszczepiania Biomateriału 1
- Zabieg wszczepiania Emdogain 1 ząb
- Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów
- Założenie opatrunku periodontologicznego

- Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej - ozonoterapia higienistka
- Zabieg wszczepiania Biomateriału 2
- Zabieg wszczepiania Biomateriału 3
- Zabieg wszczepiania Emdogain 2 zęby
- Zabieg wszczepiania Emdogain 3 zęby
- Gingiwoplastyka - w obrębie 1 zęba
- Gingiwoosteoplastyka - w obrębie 1 zęba
- Periodontologia Szynowanie szczęki i żuchwy
- Periodontologia Wydłużenie korony zęba 2-korzeniowego
- Periodontologia Wydłużenie korony zęba 1-korzeniowego
- Periodontologia Sterowanie regeneracji kości
- Periodontologia Przeszczep dziąsłowy - do 2 zębów
- Laser biostymulacyjny stomatologiczny
- Zabieg wszczepienia Nanobone - preparatu kościozastępczego
- Test na nowotwór Vizilite plus
- Root planning jeden łuk
- Periodontologia Wydłużenie korony zęba (do 6 - ściu zębów)
- Wykonanie testu na obecność patogenów wywołujących periodontitis / periimplantitis
- Konsultacja specjalistyczna periodontologiczna wizyta kontrolna
- Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 1 zęba
- Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 2 zębów
- Zabieg pokrycia obnażonych korzeni zębów okolicy 3 zębów
- Periodontologia Tunelizacja
- Opracowanie na piśmie planu i kosztów leczenia periodontologicznego
- Kiretaż zwykły w obrębie 1 zęba
- Root planning 1/2 łuku
- Periodontologia Flap (1 ząb)
- Zabieg aparatem Vector periodontologiczny 2 łuki
- Zabieg aparatem Vector periodontologiczny 1 łuk
- Zabieg aparatem Vector protetyczny 2 łuki
- Zabieg aparatem Vector protetyczny 1 łuk
- Zabieg aparatem Vector protetyczny 1 ząb (1 do 6 zębów)

Implantologia
Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje następujące usługi:
- Konsultacja specjalistyczna implantologiczna

Ponadto uprawnionemu przysługuje **rabat 10%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:
- Szyna implantologiczna z pozycjonerami tytanowymi
- Odsłonięcie implantu ze śrubą gojącą 1 punkt
- Założenie implantu mikro
- Założenie implantu Astra
- Założenie implantu Straumann
- Usunięcie implantu mikro
- Założenie implantu Astra i wspornika jednoetapowo
- Założenie implantu BEGO
- Usunięcie implantu stałego
- Założenie implantu Dentium
- Założenie implantu Neodent
- Założenie implantu Straumann SL Actve
- Szyna implantologiczna szablon
- Belka tytanowa na 6-ciu implantach
- Belka cerkonowa na implantach 4 - 5 implantów
- Belka cerkonowa na implantach 4 - 5 implantów I Etap
- Belka cerkonowa na implantach 4 - 5 implantów II Etap
- Belka cerkonowa na implantach 6 - 8 implantów
- Belka cerkonowa na implantach 6 - 8 implantów I Etap
- Belka cerkonowa na implantach 6 - 8 implantów II Etap
- Lokator na implancie
- Korona porcelanowa na implancie dwustrukturowa na stali
- Korona porcelanowa na implancie dwustrukturowa na stali I Etap
- Korona porcelanowa na implancie dwustrukturowa na stali II Etap
- Most porcelanowy na implantach 1 łuk
- Most porcelanowy na implantach 1 łuk I Etap
- Most porcelanowy na implantach 1 łuk II Etap
- Most akrylowy Toronto na implantach 1 łuk
- Most akrylowy Toronto na implantach 1 łuk I Etap
- Most akrylowy Toronto na implantach 1 łuk II Etap
- Most porcelanowy na implantach z indywidualnymi koronami 1 pkt
- Most porcelanowy na implantach z indywidualnymi koronami 1 pkt I Etap
- Most porcelanowy na implantach z indywidualnymi koronami 1 pkt II Etap
- Korona tymczasowa na implancie natychmiastowa wykonana przez technika
- Korona tymczasowa na implancie natychmiastowa wykonana przez lekarza
- Renowacja mostu akrylowego Toronto na implantach wymiana akrylu
- Proteza na 4 implantach na lokatorach
- Proteza na 4 implantach na lokatorach Etap I
- Proteza na 4 implantach na lokatorach Etap II
- Proteza na 4 implantach na belce
- Proteza na 4 implantach na belce Etap I
- Proteza na 4 implantach na belce Etap II
- Proteza na 2 implantach na belce
- Proteza na 2 implantach na belce I Etap
- Proteza na 2 implantach na belce II Etap
- Proteza na 2 implantach na lokatorach
- Proteza na 2 implantach na lokatorach I Etap
- Proteza na 2 implantach na lokatorach II Etap

Leczenie dysfunkcji czynnościowych narządu żucia
Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje ponadto **rabat 10%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:
- Szyna relaksacyjna miękka
- Szyna relaksacyjna twarda
- Szyna relaksacyjna NTI
- Badanie łukiem twarzowym i osadzenie w artykulatorze z badaniem MDI

Stomatologia estetyczna
Świadczenie medyczne jest wykonywane przez lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela i obejmuje ponadto **rabat 10%** od cennika ww. placówki na następujące usługi:

- Likwidacja diastemy - za każdy ząb
- Wybielanie zęba metodą wewnętrzną - 1 zabieg
- Wybielanie grupy zębów metodą zewnętrzną - 1 łuk zębowy
- Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - zestaw dodatkowy
- Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - 1 strzykawka
- Wybielanie zębów Laser - Smile 1 łuk
- Wybielanie zębów Laser - Smile 2 łuki
- Wybielanie zębów Laser - Smile uzupełnienie
- Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - 1 strzykawka higienistka
- Wybielanie zębów metodą zewnętrzną - zestaw dodatkowy higienistka
- Wybielanie zębów lampa Beyond 1 łuk zębowy
- Wybielanie zębów lampa Beyond 2 łuki zębowe
- Wybielanie grupy zębów metodą zewnętrzną - 1 łuk zębowy za pomocą lampy LED

Stomatologiczne badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej)
Świadczenie medyczne obejmuje wykonanie w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, na skierowanie lekarza z ww. placówek, następujących usług:
- RTG punktowe zdjęcie zęba
- Pantomogram

Gwarancja
Uprawnionemu przysługuje 24. miesięczna gwarancja na ostateczne wypełnienia zachowawcze zastosowane w zębach stałych. Warunkiem jej uzyskania jest realizacja w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela wizyt kontrolnych co najmniej 1 raz w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu, oczyszczanie zębów z kamienia i osadu oraz fluoryzacja 1 raz w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej, lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, przestrzeganie zaleceń lekarza stomatologa, utrzymywanie stanu higieny jamy ustnej wg zaleceń lekarza stomatologa i/lub higienistki.

Uwaga:
Gwarancji nie podlegają stany powstałe w wyniku: nieprzestrzegania zalecanych wizyt kontrolnych i profilaktycznych, nieprzestrzegania zaleceń lekarza stomatologa, urazów mechanicznych, nieszczęśliwych wypadków, braków zębowych w odcinkach bocznych (brak stref podparcia), starcia patologicznego (bruksizmu) lub innych zaburzeń czynnościowych narządu żucia, fizjologicznego zaniku kości i zmian w przyzębiu, współistniejących schorzeń ogólnych mających wpływ na układ stomatognatyczny (cukrzyca, osteoporoza, padaczka, przebyta radioterapia i chemioterapia), wypełnień traktowanych jako tymczasowe (np. założonych do czasu wykonania pracy protetycznej).

Stomatologia – nie obejmuje usług wykonywanych w znieczuleniu ogólnym.

Wizyty domowe
Świadczenie medyczne jest realizowane przez Lekarza pomocy doraźnej w miejscu zamieszkania (jeżeli miejsce zamieszkania leży w aktualnym zasięgu terytorialnym realizacji wizyt domowych), realizacja wyłącznie w uzasadnionych medycznie przypadkach, uniemożliwiających uprawnionemu przybycie do placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Do przyczyn uniemożliwiających uprawnionemu zgłoszenie się do placówki nie zalicza się w szczególności: niedogodnego dojazdu do placówki, potrzeby wypisania recepty lub wystawienia zwolnienia.
Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej udzielanym wyłącznie w dniu zgłoszenia i ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. O przyjęciu lub odmowie wizyty domowej decyduje dyspozytor medyczny (wskazany przez LUX MED), na podstawie uzyskanego wywiadu.
Aktualny zasięg terytorialny realizacji wizyt domowych jest opisany na stronie www.luxmed.pl. W miastach, w których wizyty domowe nie są świadczone, uprawniony otrzyma zwrot kosztów. Szczegóły zwrotu kosztów znajdują się na ww. stronie. Zwrot kosztów uznaje się za zasadny wyłącznie po uprzedniej kwalifikacji uprawnionego do wizyty domowej przez dyspozytora.

Wyjazdowa opieka pielęgniarska
Świadczenie medyczne jest dostępne w przypadku braku możliwości przybycia uprawnionego do placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela, ze względu na stan zdrowia, na zlecenie lekarza ww. placówki. Do przyczyn uniemożliwiających uprawnionemu zgłoszenie się do placówki nie zalicza się niedogodnego dojazdu do placówki. Usługa wykonywana jest przez pielęgniarkę (limit do **10 wizyt** pielęgniarki w trakcie 12 miesięcznej ochrony ubezpieczeniowej) w miejscu zamieszkania uprawnionego i obejmuje zabiegi niewymagające obecności lekarza, w następującym zakresie:
- wykonanie usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji
- pobranie krwi do analizy
- zmiana opatrunku
- założenie Holtera EKG (na 24h) w domu uprawnionego
- założenie / zmiana cewnika Foleya

W ramach świadczenia medycznego dostępne są: opatrunki tradycyjne z gazy lub waty, bandaże, venflony, strzykawki, waciki, tradycyjne plastry, igły, środki dezynfekujące użyte podczas zabiegów. Zabiegi pielęgniarskie mogą odbywać się codziennie w godzinach 8.00–20.00. Świadczenie medyczne jest dostępne w granicach administracyjnych miast oraz ich okolicach, w których występują placówki medyczne wskazane przez ubezpieczyciela dla tego świadczenia – szczegółowy zasięg terytorialny opisany jest na www.luxmed.pl. Usługi realizowane są wyłącznie w trybie planowym i wymagają zgłoszenia do dyspozytora na co najmniej 24 h przed ich realizacją.

Druga Opinia Medyczna

Świadczenie medyczne we współpracy z WorldCare International Inc. z siedzibą w Bostonie (Massachusetts; USA) umożliwia skonsultowanie postawionej diagnozy i planu leczenia z zespołami specjalistów współpracującymi z uznanymi na świecie akademickimi ośrodkami medycznymi w USA wchodzącymi w skład konsorcjum WorldCare Consortium, których lista dostępna jest na stronie internetowej https://www.worldcare.com/worldcare-consortium-2/ i uzyskanie drugiej opinii medycznej bez konieczności opuszczania Polski. Opinia zostaje wydana dla następujących schorzeń lub stanów chorobowych, w których postawiono rozpoznanie, stwierdzono uszkodzenie ciała lub stwierdzono konieczność przeprowadzenia leczenia operacyjnego lub wykonania zabiegu:

- Nowotwory
- Zawał serca
- Choroba wieńcowa wymagająca operacji
- Śpiączka
- Udar mózgu
- Stwardnienie rozsiane
- Paraliż, Porażenie, Niedowład
- Przewlekła obturacyjna choroba płuc
- Rozedma płuc
- Choroba zapalna jelit
- Przewlekła choroba wątroby
- Niewydolność nerek
- Przewlekłe dolegliwości bólowe miednicy
- Cukrzyca
- Choroba zakrzepowo - zatorowa
- Amputacje
- Reumatoidalne zapalenie stawów
- Poważne oparzenia
- Nagła utrata wzroku z powodu choroby
- Przeszczep dużych narządów
- Choroba neurodegeneracyjna / choroba Alzheimera
- Utrata słuchu
- Operacja wymiany protezy biodrowej i kolanowej
- Utrata mowy
- Poważne urazy
- Choroba Parkinsona

Każde zgłoszenie objęte ww. zakresem jest kompleksowo analizowane w czołowych ośrodkach medycznych w USA. Zespół specjalistów, na podstawie nadesłanej dokumentacji medycznej, wyników badań obrazowych i histopatologicznych, dokonuje weryfikacji diagnozy i planu leczenia zaproponowanego przez lekarza prowadzącego uprawnionego, a następnie przedstawia szczegółowy raport który może potwierdzić wcześniejszą diagnozę i sposób leczenia lub zalecić ich zmianę. Raport zawiera opis przypadku, diagnozę, zalecenia dotyczące dalszego leczenia, listę pytań do omówienia przez uprawnionego ze swoim lekarzem, informacje dotyczące specjalisty i instytucji wydającej drugą opinię medyczną – tłumaczone na język polski oraz dane o najnowszych badaniach naukowych i materiały edukacyjne dotyczące przypadku. W ramach świadczenia uprawniony w terminie 30 dni od otrzymania drugiej opinii medycznej może zadać także dodatkowe pytania dotyczące danego schorzenia, na które uzyska odpowiedź drogą elektroniczną. W razie potrzeby, w celu skonsultowania przypadku uprawnionego, możliwe jest odbycie konferencji audio między lekarzem prowadzącym a specjalistą wydającym drugą opinię.
W celu zasięgnięcia drugiej opinii medycznej należy skontaktować się z WorldCare w Polsce pod numerem telefonu 22 133 65 01.

Uwaga:
Aby skorzystać ze świadczenia Drugiej Opinii Medycznej uprawniony musi być objęty ochroną w ramach pakietu obejmującego to świadczenie przez nieprzerwany okres minimum 90 dni.

Konsylium medyczne

Usługa obejmuje zorganizowanie dla uprawnionego na terenie Polski, Konsylium Medycznego złożonego z wybitnych przedstawicieli medycyny polskiej. Usługa jest dostępna wyłącznie z powodu skomplikowanych przypadków medycznych, a jej celem (o ile to możliwe) będzie ustalenie dalszego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego dla uprawnionego. Honoraria uczestników Konsylium pokrywa uprawniony z **30% rabatem**.

Doradca hospitalizacyjny

W oparciu o posiadaną wiedzę o rynku świadczeniodawców medycznych oraz wieloletnie doświadczenie w organizowaniu leczenia szpitalnego doradca hospitalizacyjny pomaga osobom kierowanym do szpitala w uzyskaniu świadczeń z zakresu hospitalizacji. Całodobowa wyspecjalizowana infolinia profesjonalistów medycznych udziela informacji związanych z organizacją przyjęć do szpitali, zarówno w ramach świadczeń finansowanych publicznie, jak i komercyjnie. Dzięki bazie wiedzy o szpitalach i ośrodkach chirurgii jednodniowej udzielane są aktualne informacje o możliwości zrealizowania leczenia finansowanego przez NFZ (czas oczekiwania, niezbędne wymogi dotyczące skierowań) oraz o dostępnych alternatywach komercyjnych (przybliżone koszty leczenia). Daje to podstawę do racjonalnego wyboru sposobu wykonania zalecanego leczenia szpitalnego.
W przypadku posiadania uprawnień do zabiegów lub leczenia szpitalnego w zakresie ubezpieczenia, personel infolinii sprawdza, jakie zabiegi mogą zostać wykonane w ramach posiadanego zakresu ubezpieczenia, a następnie pomaga w ustaleniu konsultacji kwalifikującej do zabiegu oraz samej procedury leczniczej.
Świadczenie medyczne jest realizowane w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, zlokalizowanych w głównych polskich aglomeracjach (Warszawa, Kraków, Wrocław, Łódź, Poznań, Katowice, Gliwice, Gdańsk, Gdynia).
Świadczenie dotyczy skierowań na leczenie na oddziałach: internistycznym, chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii, kardiologii, laryngologii, ginekologii, urologii, pediatrii, okulistyki.

USŁUGA	OPIS
Profesjonalna całodobowa infolinia medyczna dotycząca hospitalizacji	24 / 7 linia medyczna dedykowana do zgłoszeń uprawnionych, obsługiwana przez doświadczonych profesjonalistów medycznych (pielęgniarki / ratowników).
Zebranie informacji, wywiadu	Pracownik infolinii zbiera od dzwoniącego uprawnionego wywiad medyczny dotyczący potrzeby medycznej, schorzenia, potrzeb dotyczących leczenia. Ustala, jaka dokumentacja medyczna jest w posiadaniu uprawnionego, w szczególności czy posiada on skierowanie.

Informacja o możliwych trybach postępowania	W oparciu o uzyskane informacje pracownik infolinii w przejrzysty sposób informuje o możliwym trybie uzyskania świadczeń (np. do leczenia szpitalnego konieczne jest aktualne skierowanie z poradni specjalistycznej, konsultacja kwalifikująca). Przekazuje także informacje o najpewniej niezbędnych dodatkowych konsultacjach, które muszą poprzedzać leczenie szpitalne, udziela odpowiedzi na pytania. W razie potrzeby pracownik infolinii konsultuje z lekarzem zalecenia dotyczące dalszego postępowania.
W razie wątpliwości – pomoc w ustaleniu badania lekarskiego	W przypadku konieczności oceny stanu zdrowia uprawnionego w badaniu lekarskim dla precyzyjnego ustalenia zakresu potrzebnego leczenia, pracownik infolinii proponuje wykonanie wizyty u lekarza specjalisty odpowiedniej dziedziny medycyny.
Informacja o szpitalach Informacja o szacunkowych kosztach leczenia Informacja o zaleceniach przed zabiegami	Pracownik infolinii udziela informacji o możliwych miejscach wykonania świadczeń w dogodnym miejscu, bliskim miejsca zamieszkania uprawnionego, w ramach świadczeń finansowanych publicznie (w ramach kontraktu z NFZ) jak i w trybie odpłatnym. W przypadku wyboru leczenia w trybie odpłatnym, pracownik infolinii informuje o przybliżonym koszcie leczenia, możliwym do oszacowania na podstawie przekazanych informacji. Pracownik infolinii informuje uprawnionego o typowych zaleceniach poprzedzających planowane zabiegi (np. konieczności wykonania szczepień, badań diagnostycznych).
Nagłe przypadki	W przypadku, gdy wywiad medyczny wskazuje na potrzebę pilnej interwencji medycznej, pracownik infolinii może zaproponować wizytę domową lekarza lub poinformować uprawnionego o konieczności wezwania pogotowia lub pilnego udania się na Szpitalny Oddział Ratunkowy.
Baza wiedzy dotycząca placówek medycznych realizujących dany zakres leczenia	Eksperci na bieżąco monitorują szpitale w całym kraju, pod względem zakresu realizowanego leczenia, stosowanych metod i wprowadzanych innowacji i udogodnień. Dzięki temu mogą profesjonalnie doradzić placówkę szczególnie wyspecjalizowaną w leczeniu danego schorzenia lub wykonywaniu odpowiedniego rodzaju zabiegów. Dzięki aktualnej i profesjonalnie zweryfikowanej bazie wiedzy dotyczącej usług szpitalnych, lekarze specjaliści pomogą zaproponować najbardziej adekwatny dla danego problemu medycznego ośrodek.
Leczenie w ramach NFZ i komercyjnie	Informowanie o placówkach realizujących dany zakres leczenia lub diagnostyki oraz czy świadczenia są realizowane komercyjnie, w ramach kontraktu z NFZ, czy też w obu wariantach. Informowanie o dostępności świadczeń ponadstandardowych takich, jak pokoje jednoosobowe, dostępność znieczuleń do porodu.
Dostępność świadczeń ponadstandardowych Czas oczekiwania w systemie publicznym	W przypadku świadczeń, na które w systemie świadczeń finansowanych publicznie są prowadzone elektroniczne formy zapisu / prowadzenia kolejek - informowanie o czasie dostępności usług w ramach leczenia finansowanego przez NFZ.
Informacje o ofercie placówek szpitalnych	Informowanie o ofertach cenowych placówek komercyjnych na poszczególne rodzaje zabiegów. Informowanie o tym, czy cennik placówki obejmuje kompleksowe koszty leczenia, czy oddzielnie koszty zabiegów a oddzielnie koszty świadczeń dodatkowych takich, jak np. pobyt czy badania.

Chirurgia krótkoterminowa – rabat 15%

Wykaz Operacji planowych i związanych z nimi świadczeń towarzyszących, realizowanych dla osób, które ukończyły 17 r.ż. i nie ukończyły 70 r.ż.

Zakres ochrony obejmuje koordynację oraz pokrycie części kosztów Operacji planowej, do wysokości Rabatu określonego w poniższej tabeli. Rabat naliczany jest od cennika szpitala wykonującego Operację planową.

Operacja planowa obejmuje w swoim zakresie następujące elementy składowe: konsultację kwalifikacyjną do zabiegu przez lekarza odpowiedniej specjalności medycznej, kwalifikację anestezjologiczną, procedurę zabiegową, odpowiednie (standardowe i typowe dla danej procedury) znieczulenie, niezbędny medycznie pobyt w szpitalu bezpośrednio wynikający z wykonanej procedury zabiegowej, opiekę lekarską i pielęgniarską podczas pobytu w szpitalu, leki podawane podczas pobytu w szpitalu, siatki do operacji przepuklin, sztuczne materiały zespalające złamania kości (druty, śruby, zespolenia), drobne materiały medyczne związane z zabiegiem (nici, szwy), jednorazowe elementy sprzętu wielokrotnego użytku, usługę usunięcia szwów związanych z procedurą zabiegową oraz w terminie do 30 dni od wykonania Operacji planowej - konsultację pozabiegową.

Operacja planowa nie obejmuje: transplantacji organów, tkanek lub komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń (chyba, że w opisie Operacji planowej zawarto należność urządzenia lub implantu w ramach procedury), kolejnych konsultacji w szpitalu poza konsultacją pooperacyjną.

Pobyty w oddziałach leczniczych (za wyjątkiem pobytu w oddziałach pooperacyjnych i intensywnego nadzoru medycznego) odbywają się w salach 1 lub 2 osobowych, jeśli względy medyczne oraz lokalowe na to pozwalają.

Operacje planowe wykonywane są na podstawie ważnego skierowania od lekarza placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Lista operacji planowych:

Obszar zabiegu	Rodzaj zabiegu	Wysokość rabatu
Operacje żylaków podudzi	Operacja perforatorów żylaków metodą endoskopową	15%
	Operacja żylaków kończyn dolnych metodą klasyczną	15%
	Operacja żylaków kończyn dolnych metodą kriochirurgii	15%
	Operacja żylaków kończyn dolnych metodą laserową	15%
	Miniflebektomia	15%
	Operacja żylaków VNUS	15%
	Zamykanie niewydolnej żyły odpiszczelowej lub odstrzałkowej klejem naczyniowym	15%
	Skleroterapia	15%
Operacje sutka	Wycięcie zmiany sutka	15%
	Wycięcie kwadrantu sutka	15%
	Radykalne wycięcie sutka	15%
	Biopsja mammotomiczna zmiany sutka	15%
Operacje pęcherzyka żółciowego	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą laparoskopową	15%
	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną	15%
	Wycięcie pęcherzyka żółciowego metodą klasyczną z rewizją przewodu żółciowego wspólnego	15%
Endoskopia jelita grubego	Kolonoskopowe usuniecie polipów jelita grubego	15%
Operacje śledziony	Wycięcie śledziony	15%
	Wycięcie zmiany / torbieli śledziony	15%
Operacje odbytnicy i okolic odbytu	Operacja żylaków odbytu metodą klasyczną	15%
	Operacja żylaków odbytu metodą LONGO	15%
	Otwarte wycięcie zmiany chorobowej odbytnicy lub odbytu	15%
	Wycięcie tylnej krypty	15%
	Przezodbytnicze usuniecie zmiany chorobowej odbytnicy	15%
	Operacja szczeliny odbytu	15%
	Operacja przetoki odbytu	15%
Operacje przepuklin	Operacja przepukliny pachwinowej jednostronnej metodą klasyczną	15%
	Operacja przepukliny pachwinowej obustronnej metodą klasyczną	15%
	Operacja przepukliny mosznowej jednostronnej metodą klasyczną	15%
	Operacja przepukliny mosznowej obustronnej metodą klasyczną	15%
	Operacja przepukliny udowej jednostronnej metodą klasyczną	15%
	Operacja przepukliny udowej obustronnej metodą klasyczną	15%
	Operacja przepukliny pępkowej metodą klasyczną	15%
	Operacja przepukliny w kresie białej metodą klasyczną	15%
	Operacja przepukliny nawrotowej metodą klasyczną	15%
	Operacja przepukliny w bliźnie pooperacyjnej metodą klasyczną	15%
	Operacja przepukliny rozworu przełykowego przepony	15%
	Operacja przepukliny z zastosowaniem siatki prolenowej	15%
Drobne zabiegi chirurgiczne	Nacięcie ropnia powłok	15%
	Usunięcie wrastającego paznokcia, oczyszczenie wału paznokciowego	15%
	Zabieg na wrastający paznokieć „kostka Arkady”	15%
	Usunięcie zmian skórnych do 1,5 cm	15%
	Usunięcie zmian skórnych 1,5–5 cm	15%
	Usunięcie zmian podskórnych do 5 cm	15%
	Usunięcie ciała obcego ze skóry	15%

Obszar zabiegu	Rodzaj zabiegu	Wysokość rabatu
Operacje macicy	Wyłyżeczkowanie jamy macicy	15%
	Usunięcie zmiany szyjki macicy elektrokoagulacją lub laserem	15%
	Konizacja szyjki macicy	15%
	Operacja LLETZ szyjki macicy	15%
	Operacja LEEP szyjki macicy	15%
	Amputacja szyjki macicy (wraz z plastyką pochwy)	15%
	Histeroskopia diagnostyczna	15%
	Histeroskopia zabiegowa – usunięcie przegrody macicy	15%
	Histeroskopia zabiegowa – usunięcie polipa endometrium	15%
	Histeroskopia zabiegowa – ablacja endometrium	15%
	Histeroskopia zabiegowa – biopsja endometrium	15%
Operacje krocza i pochwy	Nacięcie torbieli lub ropnia gruczołu Bartholina	15%
	Wyłuszczenie lub marsupializacja gruczołu Bartholina	15%
	Usunięcie zmiany pochwy	15%
	Usunięcie kłykcin kończystych sromu	15%
Operacje ucha	Nacięcie błony bębenkowej i założenie drenu przez błonę bębenkową w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym	15%
	Oczyszczanie ucha środkowego metodą odsysania	15%
	Nacięcie błony bębenkowej w znieczuleniu	15%
Operacje zatok i jamy nosowej	Wycięcie polipów nosa	15%
	Plastyka małżowin nosowych (konchoplastyka)	15%
	Operacja korekcyjna przegrody nosa (septoplastyka)	15%
	Leczenie chrapania metodą koblacji / plastyka podniebienia miękkiego	15%
Operacje migdałków	Usunięcie migdałka gardłowego metoda klasyczną (adenektomia)	15%
	Usunięcie migdałka gardłowego metodą endoskopową (adenektomia)	15%
	Usunięcie migdałków podniebiennych metodą klasyczną (tonsilektomia)	15%
	Usunięcie migdałków podniebiennych metodą endoskopową (tonsilektomia)	15%
	Śródoperacyjne włożenie drenów w błony bębenkowe	15%
	Przycięcie migdałków podniebiennych (tonsillotomia)	15%
	Przycięcie migdałków podniebiennych z usunięciem migdałka gardłowego (adenotonsillotomia	15%
	Usunięcie zmiany migdałka podniebiennego lub gardłowego	15%
Operacje szyi	Wycięcie torbieli krtani	15%
	Wycięcie torbieli języka	15%
	Usunięcie węzła chłonnego szyi	15%
	Usunięcie torbieli bocznej szyi	15%
	Usunięcie torbieli przedniej szyi	15%
Operacje ślinianek	Usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	15%
	Wycięcie ślinianki przyusznej	15%
	Wycięcie ślinianki podżuchwowej	15%

Obszar zabiegu	Rodzaj zabiegu	Wysokość rabatu
Leczenie zaćmy	Operacja zaćmy niepowikłanej metodą zewnątrztorebkowego usunięcia zaćmy bez wszczepu soczewki	15%
	Operacja zaćmy niepowikłanej metodą zewnątrztorebkowego usunięcia zaćmy z wszczepem soczewki	15%
	Operacja zaćmy powikłanej metodą zewnątrztorebkowego usunięcia zaćmy bez wszczepu soczewki	15%
	Operacja zaćmy powikłanej metodą zewnątrztorebkowego usunięcia zaćmy z wszczepem soczewki	15%
	Operacja zaćmy niepowikłanej metodą fakoemulsyfikacji bez wszczepu soczewki	15%
	Operacja zaćmy niepowikłanej metodą fakoemulsyfikacji z wszczepem soczewki	15%
	Operacja zaćmy powikłanej metodą fakoemulsyfikacji bez wszczepu soczewki	15%
	Operacja zaćmy powikłanej metodą fakoemulsyfikacji z wszczepem soczewki	15%
Inne zabiegi okulistyczne	Operacyjne leczenie gradówki	15%
	Operacyjne leczenie skrzydlika	15%
	Usunięcie kępek żółtych	15%
Operacje stawów	Chirurgiczne (otwarte) usuwanie ciał wolnych stawu kolanowego	15%
	Artroskopia operacyjna stawu kolanowego – usunięcie łąkotki	15%
	Artroskopia operacyjna stawu kolanowego – usunięcie ciała wolnego	15%
	Artroskopia operacyjna stawu kolanowego – szycie łąkotki	15%
	Artroskopia stawu kolanowego – rekonstrukcja więzadła pobocznego	15%
	Artroskopia operacyjna stawu kolanowego – rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego kolana	15%
	Artroskopia operacyjna stawu kolanowego – rekonstrukcja więzadła krzyżowego tylnego kolana	15%
	Artroskopia operacyjna stawu kolanowego – wycięcie zwłóknień śródstawowych stawu kolanowego	15%
	Artroskopia operacyjna stawu kolanowego – uwolnienie troczków rzepki, rekonstrukcja stawu rzepkowo-udowego	15%
	Artroskopia operacyjna stawu kolanowego – wycięcie błony maziowej stawu kolanowego (synowektomia)	15%
	Artroskopia diagnostyczna stawu barkowego	15%
	Artroskopia diagnostyczna stawu biodrowego	15%
	Artroskopia diagnostyczna stawu skokowego	15%
	Artroskopia diagnostyczna stawu łokciowego	15%
Operacje mięśni i ścięgien	Zeszycie ścięgna Achillesa	15%
	Plastyka ścięgna Achillesa	15%
Operacje złamań kończyn	Zespolenie trzonu kości ramiennej zewnętrznym stabilizatorem (płyta)	15%
	Zespolenie trzonu kości ramiennej stabilizacją wewnętrzną (gwóźdź)	15%
	Zespolenie oddzielonej nasady kości ramiennej	15%
	Zespolenie otwarte złamania kości ramiennej bez wew. stabilizacji.	15%
	Zespolenie złamania obojczyka stabilizacją wewnętrzną	15%
	Zespolenie otwarte złamania obojczyka bez stabilizacji wewnętrznej	15%
	Zespolenie oddzielonej nasady obojczyka	15%
	Zespolenie złamania w obrębie przedramienia zewnętrznym stabilizatorem	15%
	Zespolenie złamania w obrębie przedramienia stabilizacją wewnętrzną	15%
	Zespolenie otwarte złamania kości przedramienia bez stabilizacji wew.	15%
	Zespolenie oddzielonej nasady kości promieniowej lub łokciowej	15%

Obszar zabiegu	Rodzaj zabiegu	Wysokość rabatu
Operacje złamań kończyn	Zespolenie złamania w obrębie kości nadgarstka lub śródręcza stabilizacją wewnętrzną	15%
	Zespolenie otwarte złamania kości nadgarstka lub śródręcza bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie złamania kości paliczków dłoni stabilizacją wewnętrzną	15%
	Zespolenie otwarte złamania kości paliczków bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie kości udowej zewnętrznym stabilizatorem / płytą	15%
	Zespolenie kości udowej stabilizacją wewnętrzną	15%
	Zespolenie otwarte kości udowej bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie oddzielonej nasady kości udowej	15%
	Zespolenie rzepki zewnętrznym stabilizatorem	15%
	Zespolenie rzepki wewnętrzną stabilizacją	15%
	Zespolenie otwarte rzepki bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie piszczeli lub strzałki zewnętrznym stabilizatorem	15%
	Zespolenie piszczeli lub strzałki wewnętrzną stabilizacją	15%
	Zespolenie otwarte piszczeli lub strzałki bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie oddzielonej nasady kości piszczelowej lub strzałkowej	15%
	Zespolenie kości stępu lub śródstopia przy użyciu zewnętrznego stabilizatora	15%
	Zespolenie kości stępu lub śródstopia wewnętrzną stabilizacją	15%
	Zespolenie kości paliczków stopy bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie kości paliczków stopy wewnętrzną stabilizacją	15%
	Usuniecie stabilizatora zespalającego zewnętrznego lub wewnętrznego – obojczyk	15%
	Usunięcie stabilizatora zespalającego zewnętrznego lub wewnętrznego – kość ramienna	15%
	Usunięcie stabilizatora zespalającego zewnętrznego lub wewnętrznego – kości przedramienia	15%
	Usunięcie stabilizatora zespalającego zewnętrznego – kości ręki (nadgarstek, śródręcze, paliczki)	15%
	Usunięcie stabilizatora zespalającego zewnętrznego lub wewnętrznego – kość udowa	15%
	Usunięcie stabilizatora zespalającego zewnętrznego lub wewnętrznego – rzepka	15%
	Usunięcie stabilizatora zespalającego zewnętrznego lub wewnętrznego – piszczel, strzałka	15%
	Usunięcie stabilizatora zespalającego zewnętrznego lub wewnętrznego – kości stopy (stępu, śródstopne, paliczki)	15%
	Przeszczep kostny / wszczepienie materiałów kościozastępczych – obojczyk (leczenie stawu rzekomego)	15%
	Przeszczep kostny / wszczepienie materiałów kościozastępczych – kość ramienna (leczenie stawu rzekomego)	15%
	Przeszczep kostny / wszczepienie materiałów kościozastepczych – kość promieniowa lub łokciowa (leczenie stawu rzekomego)	15%
	Przeszczep kostny / wszczepienie materiałów kościozastępczych – kości nadgarstka i śródręcza (leczenie stawu rzekomego)	15%
	Przeszczep kostny / wszczepienie materiałów kościozastępczych – kość udowa	15%
	Przeszczep kostny / wszczepienie materiałów kościozastepczych – rzepka	15%
	Przeszczep kostny / wszczepienie materiałów kościozastepczych – kość piszczelowa lub strzałkowa	15%
	Przeszczep kostny / wszczepienie materiałów kościozastepczych – kości stępu i śródstopia	15%

Obszar zabiegu	Rodzaj zabiegu	Wysokość rabatu
Operacje kości	Usunięcie martwicy chrzęstno-kostnej z kości kończyn	15%
	Miejscowe wycięcie zmiany kości ramiennej	15%
	Miejscowe wycięcie zmiany kości promieniowej lub łokciowej	15%
	Miejscowe wycięcie zmiany kości ręki	15%
	Miejscowe wycięcie zmiany kości udowej	15%
	Miejscowe wycięcie zmiany rzepki	15%
	Miejscowe wycięcie zmiany kości piszczelowej lub strzałkowej	15%
	Miejscowe wycięcie zmiany kości stępu lub śródstopia.	15%
Inne operacje ortopedyczne	Operacja ganglionów ręki	15%
Leczenie kamicy moczowej	Kruszenie kamieni falą uderzeniową pozaustrojową ESWL	15%
	Przezcewkowe kruszenie kamieni w cewce moczowej	15%
	Przezcewkowe kruszenie kamieni w pęcherzu / przezcewkowe usunięcie kamieni z pęcherza moczowego	15%
	Usunięcie kamieni z miedniczki i kielicha nerki (PCNL lub przez nacięcie miedniczki nerkowej)	15%
	Usunięcie kamieni z górnego odcinka moczowodu (laparoskopowo lub URSL)	15%
	Usunięcie kamieni z dolnego odcinka moczowodu (laparoskopowo lub URSL)	15%
Operacje dróg moczowych i cewki moczowej	Przezcewkowe wycięcie zastawki lub zwężenia cewki moczowej	15%
	Wycięcie torbieli okołocewkowej	15%
	Endoskopowe rozcięcie / nacięcie cewki moczowej	15%
	Endoskopowe rozszerzenie ujścia zewnętrznego cewki moczowej	15%
	Endoskopowe usuniecie przeszkody lub ciała obcego z moczowodów	15%
	Endoskopowe usunięcie zmian w moczowodach	15%
Operacje jąder, powrózka nasiennego, prącia	Operacja wodniaka jądra	15%
	Operacja wodniaka powrózka nasiennego	15%
	Usunięcie torbieli nasiennej	15%
	Wycięcie jądra (z moszny)	15%
	Wycięcie najądrza	15%
	Operacja stulejki – grzbietowo – boczne nacięcie napletka	15%
	Operacja żylaków powrózka nasiennego laparoskopowa lub klasyczna	15%

Wykaz operacji planowych i związanych z nimi świadczeń towarzyszących, realizowanych dla osób, które nie ukończyły 17 r.ż.

Zakres ochrony obejmuje koordynację oraz pokrycie części kosztów operacji planowej, do wysokości rabatu określonego w poniższej tabeli. Rabat naliczany jest od cennika szpitala wykonującego operację planową.

Operacja planowa obejmuje w swoim zakresie następujące elementy składowe: konsultację kwalifikacyjną do zabiegu przez lekarza odpowiedniej specjalności medycznej, kwalifikację anestezjologiczną, procedurę zabiegową, odpowiednie (standardowe i typowe dla danej procedury) znieczulenie, niezbędny medycznie pobyt w szpitalu bezpośrednio wynikający z wykonanej procedury zabiegowej, opiekę lekarską i pielęgniarską podczas pobytu w szpitalu, leki podawane podczas pobytu w szpitalu, siatki do operacji przepuklin, sztuczne materiały zespalające złamania kości (druty, śruby, zespolenia), drobne materiały medyczne związane z zabiegiem (nici, szwy), jednorazowe elementy sprzętu wielokrotnego użytku, usługę usunięcia szwów związanych z procedurą zabiegową, konsultację pozabiegową (w terminie do 30 dni od wykonania operacji planowej).

Operacja planowa nie obejmuje: transplantacji organów, tkanek lub komórek, hodowli komórkowych (pochodzenia naturalnego lub sztucznego), w tym także z wykorzystaniem autoprzeszczepu, wszczepianie implantów i urządzeń (chyba, że w opisie operacji planowej zawarto należność urządzenia lub implantu w ramach procedury), kolejnych konsultacji w szpitalu poza konsultacją pooperacyjną.

Pobyty w oddziałach leczniczych (za wyjątkiem pobytu w oddziałach pooperacyjnych i intensywnego nadzoru medycznego) odbywają się w salach 1 lub 2 osobowych, jeśli względy medyczne oraz lokalowe na to pozwalają.

Operacje planowe wykonywane są na podstawie ważnego skierowania od lekarza placówki medycznej wskazanej przez ubezpieczyciela.

Lista operacji planowych:

Obszar zabiegu	Rodzaj zabiegu	Wysokość rabatu
Operacje sutka	Wycięcie zmiany sutka	15%
Operacje śledziony	Wycięcie śledziony	15%
	Wycięcie zmiany / torbieli śledziony	15%
Inne zabiegi chirurgiczne	Usunięcie zmian skórnych do 1,5 cm	15%
	Usunięcie ciała obcego ze skóry	15%
	Wycięcie węzłów chłonnych pachowych	15%
Operacje zatok i jamy nosowej	Wycięcie polipów nosa	15%
	Operacja zatok metodą Cladwell – Luca	15%
	Punkcja zatoki	15%
Operacje szyi	Usunięcie węzła chłonnego szyi	15%
Operacje ucha	Wycięcie polipów w uchu środkowym	15%
	Nacięcie błony bębenkowej i biopsja zmiany chorobowej w uchu środkowym	15%
	Nacięcie błony bębenkowej i założenie drenu przez błonę bębenkową w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym	15%
	Oczyszczanie ucha środkowego metodą odsysania	15%
	Nacięcie błony bębenkowej w znieczuleniu	15%
Operacje ślinianek	Usunięcie kamienia z przewodu ślinianki	15%
	Wycięcie ślinianki przyusznej	15%
	Wycięcie ślinianki podżuchwowej	15%
Operacje stawów	Szycie ścięgien zginaczy ręki – szew pierwotny	15%
	Szycie ścięgien zginaczy ręki – szew wtórny (odroczony)	15%
	Zeszycie ścięgna Achillesa	15%
	Szycie ścięgna mięśnia czworogłowego uda / plastyka mięśnia czworogłowego	15%
Operacje kości	Usunięcie martwicy chrzęstno-kostnej z kości kończyn	15%
Operacje złamań kończyn	Zespolenie trzonu kości ramiennej zewnętrznym stabilizatorem (płyta)	15%
	Zespolenie trzonu kości ramiennej stabilizacją wewnętrzną (gwóźdź)	15%
	Zespolenie oddzielonej nasady kości ramiennej	15%
	Zespolenie otwarte złamania kości ramiennej bez wew. stabilizacji	15%
	Zespolenie złamania obojczyka stabilizacją wewnętrzną	15%
	Zespolenie otwarte złamania obojczyka bez stabilizacji wewnętrznej	15%
	Zespolenie oddzielonej nasady obojczyka	15%
	Zespolenie złamania w obrębie przedramienia zewnętrznym stabilizatorem	15%
	Zespolenie złamania w obrębie przedramienia stabilizacją wewnętrzną	15%
	Zespolenie otwarte złamania kości przedramienia bez stabilizacji wew.	15%
	Zespolenie oddzielonej nasady kości promieniowej lub łokciowej	15%
	Zespolenie złamania w obrębie kości nadgarstka lub śródręcza stabilizacją wewnętrzną	15%
	Zespolenie otwarte złamania kości nadgarstka lub śródręcza bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie złamania kości paliczków dłoni stabilizacją wewnętrzną	15%
	Zespolenie otwarte złamania kości paliczków bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie kości udowej zewnętrznym stabilizatorem / płytą	15%
	Zespolenie kości udowej stabilizacją wewnętrzną	15%
	Zespolenie otwarte kości udowej bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie oddzielonej nasady kości udowej	15%
	Zespolenie rzepki zewnętrznym stabilizatorem	15%
	Zespolenie rzepki wewnętrzną stabilizacją	15%
	Zespolenie otwarte rzepki bez wewnętrznej stabilizacji	15%

Obszar zabiegu	Rodzaj zabiegu	Wysokość rabatu
Operacje złamań kończyn	Zespolenie piszczeli lub strzałki zewnętrznym stabilizatorem	15%
	Zespolenie piszczeli lub strzałki wewnętrzną stabilizacją	15%
	Zespolenie otwarte piszczeli lub strzałki bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie oddzielonej nasady kości piszczelowej lub strzałkowej	15%
	Zespolenie kości stępu lub śródstopia przy użyciu zewnętrznego stabilizatora	15%
	Zespolenie kości stępu lub śródstopia wewnętrzną stabilizacją	15%
	Zespolenie kości paliczków stopy bez wewnętrznej stabilizacji	15%
	Zespolenie kości paliczków stopy wewnętrzną stabilizacją	15%
Operacje dróg moczowych i cewki moczowej	Endoskopowe usuniecie przeszkody lub ciała obcego z moczowodów	15%
	Endoskopowe usunięcie zmian w moczowodach	15%
	Wycięcie jądra (z moszny)	15%
	Wycięcie najądrza	15%

Osobisty Opiekun Pacjenta VIP

Każdemu uprawnionemu zostaje przydzielony Osobisty Opiekun Pacjenta VIP. Opiekun jest w stałym kontakcie telefonicznym z uprawnionym, organizuje badania, konsultacje lekarskie w wybranych ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela.

Rabat 10% na pozostałe usługi świadczone przez LUX MED i Medycynę Rodzinną

Uprawnionemu przysługuje **10% rabatu** na usługi medyczne, z wyłączeniem usług medycznych w zakresie stomatologii, oferowane we wskazanych przez ubezpieczyciela placówkach medycznych – dotyczy placówek sieci LUX MED i Medycyny Rodzinnej wymienionych na stronie www.luxmed.pl. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w PROFEMED

Uprawnionemu przysługuje **10% rabatu** na wszystkie usługi medyczne świadczone w placówkach PROFEMED. Informacje o świadczonych usługach dostępne są na stronie www.profemed.pl. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu LUX MED

Uprawnionemu przysługuje **10% rabatu** na wszystkie procedury medyczne oferowane we wskazanym przez ubezpieczyciela Szpitalu
LUX MED. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabatów nie sumuje się.

Rabat 10% na procedury medyczne oferowane w Szpitalu Carolina Medical Center

Uprawnionemu przysługuje **10% rabatu** na wszystkie procedury medyczne oferowane przez Sport Medica SA w placówce Carolina Medical Center (informacje o placówce znajdują się na www.carolina.pl). Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówce. Rabat nie obejmuje cen materiałów medycznych takich jak gips lekki, implanty, ortezy, stabilizatory, zespolenia ortopedyczne, szwy łąkotkowe, oraz cen leków podawanych do iniekcji dostawowych i dożylnych. Rabatów nie sumuje się.

Refundacja „Twój wybór”

W zakresie Refundacji „Twój wybór” ubezpieczyciel zobowiązuje się do refundacji poniesionych kosztów świadczeń medycznych udzielonych uprawnionemu przez placówkę medyczną w zakresie określonym w niniejszym Załączniku do OWU. Ubezpieczyciel dokona zwrotu poniesionych przez uprawnionego kosztów do wysokości kwoty określonej w Cenniku Refundacji „Twój wybór” i nie więcej niż 500 zł kwartalnie na uprawnionego. Świadczenia nie wymienione w Cenniku refundacji „Twój wybór” nie podlegają refundacji.
Refundacja zostanie dokonana na podstawie złożonego wniosku wraz z kompletem dokumentów. Szczegółowe warunki Refundacji „Twój Wybór”, wymogi dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów oraz zasady dokonywania zwrotów wraz z Cennikiem Refundacji określa Załącznik nr 8 do OWU, który wraz z wnioskiem dostępny jest na stronie internetowej www.warta.pl.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Załącznik nr 6 do OWU został zatwierdzony Uchwałą nr 167/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 08 października 2024 roku i wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2024 roku.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 7 do OWU
Zasady refundacji w przypadku niedotrzymania standardów dostępności do świadczeń medycznych

1. Definicje
   Poniższe terminy użyte w dokumencie w liczbie pojedynczej lub mnogiej oznaczają odpowiednio:
   1) **refundacja** – zwrot poniesionych przez uprawnionego kosztów konsultacji lekarskich dostępnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej i kosztów konsultacji lekarzy specjalistów, dla których ustalone zostały standardy dostępności, zgodnie z zakresem ubezpieczenia określonym w OWU; ubezpieczyciel ponosi koszty refundacji w przypadku niedotrzymania standardów dostępności, zgodnie z ust. 2;
   2) **wniosek** – formularz zgłoszenia refundacji (wniosku o refundację) wg. wzoru ustalonego przez ubezpieczyciela; wzór wniosku dostępny jest na stronie www.warta.pl;
   3) **zasady refundacji w przypadku niedotrzymania standardów dostępności do świadczeń medycznych (zasady refundacji)** – niniejszy dokument określający prawa i obowiązki stron w zakresie refundacji w przypadku niedotrzymania standardów dostępności;
   4) **standardy dostępności** – maksymalny czas oczekiwania uprawnionego na konsultację lekarską dostępną w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub na konsultację lekarzy specjalistów. Maksymalny czas oczekiwania wskazany przez ubezpieczyciela, określony powyżej, dotyczy dostępu do konkretnej konsultacji lekarskiej w granicach administracyjnych miejscowości i w promieniu 30 km od granic miejscowości miejsca zamieszkania ubezpieczonego. Gwarancja nie dotyczy:
      a) terminu dostępu do konkretnej placówki medycznej;
      b) terminu dostępu do wymienionego przez uprawnionego z imienia i nazwiska lekarza lub innego personelu medycznego;
      c) terminu dostępu w trakcie preferowanego przez uprawnionego przedziału czasowego;
   5) **konsultacja lekarska dostępna w ramach podstawowej opieki zdrowotnej** – świadczenie medyczne obejmuje nielimitowane wizyty zgodnie z zakresem i na warunkach określonych w umowie w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach. Świadczenie medyczne zawiera: wywiad, poradę lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie: internista, pediatra, lekarz medycyny rodzinnej. Definicja Konsultacji lekarzy specjalistów podstawowej opieki zdrowotnej nie obejmuje: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego;
   6) **konsultacje lekarzy specjalistów** – świadczenie medyczne obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji lekarzy zgodnie z zakresem i na warunkach określonych w umowie w placówkach medycznych wskazanych przez ubezpieczyciela w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Definicja Konsultacji lekarzy specjalistów nie obejmuje: konsultacji lekarzy dyżurnych, konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.
2. Dla konsultacji lekarskich dostępnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz konsultacji lekarzy specjalistów, których wykonanie jest umawiane za pośrednictwem infolinii, jeżeli uprawniony nie wskazuje konkretnego lekarza lub konkretnej placówki medycznej, LUX MED zapewnia wykonanie usługi medycznej w poniżej wskazanych terminach:
   1) konsultacje lekarskie dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej będą realizowane w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia konsultantowi Infolinii potrzeby ich uzyskania, najpóźniej do końca następnego dnia roboczego, w godzinach pracy placówek medycznych,
   2) konsultacje lekarzy specjalistów będą realizowane najpóźniej w ciągu 7 dni roboczych od momentu zgłoszenia konsultantowi Infolinii potrzeby ich uzyskania, w godzinach pracy placówek medycznych.
3. Prawo do refundacji
   1) Prawo do skorzystania z refundacji uprawniony uzyskuje w przypadku braku dostępności konsultacji lekarskich w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub konsultacji lekarzy specjalistów w placówce własnej operatora lub placówce współpracującej z operatorem – od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
   2) Warunkiem skorzystania z refundacji jest uprzednie skontaktowanie się uprawnionego z Infolinią w celu dokonania rezerwacji terminu wizyty.
   3) Prawo do skorzystania z refundacji dotyczy konsultacji lekarskich dostępnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub konsultacji lekarzy specjalistów, dla których określone zostały standardy dostępności, zgodnie z ust. 2, zrealizowanych w okresie ubezpieczenia. Prawo do skorzystania z refundacji przedawnia się z upływem terminu 3 lat od dnia, w którym uprawniony mógł najwcześniej złożyć wniosek o refundację.
   4) Uprawnionemu przysługuje zwrot 100% poniesionych kosztów z tytułu udzielonych mu konsultacji lekarskich dostępnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub konsultacji lekarzy specjalistów, dla których określone zostały standardy dostępności, zgodnie z ust. 2.
   5) Prawo do refundacji dotyczy świadczeń medycznych znajdujących się w zakresie ubezpieczenia danego uprawnionego na dzień realizacji świadczenia medycznego w ramach umowy zgodnie z OWU, z uwzględnieniem wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności ubezpieczyciela wynikających z OWU oraz wyłączeń wskazanych w punkcie 7. niniejszego dokumentu.
4. Wymagania dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów
   1) Uprawniony pokrywa koszty wykonanych mu konsultacji lekarskich dostępnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub konsultacji lekarzy specjalistów bezpośrednio w placówce medycznej, w której te świadczenia zostały wykonane, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej placówce medycznej, oraz pobiera fakturę albo rachunek za wykonane świadczenia zgodnie z zasadami refundacji.

2) Faktura albo rachunek za wykonane na rzecz uprawnionego świadczenia medyczne powinna być wystawiona na uprawnionego, a w przypadku świadczeń medycznych realizowanych na rzecz dziecka do 18 roku życia – na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego dziecka.
3) Faktura (lub kopia faktury) albo rachunek (lub kopia rachunku), które mają stanowić podstawę do refundacji powinny zawierać:
   a) dane uprawnionego na rzecz, którego zostały wykonane świadczenia medyczne (co najmniej imię, nazwisko, adres). W przypadku świadczeń wykonywanych na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka, na rzecz którego wykonane zostały świadczenia;
   b) wykaz wykonanych na rzecz uprawnionego świadczeń medycznych (stanowiący treść faktury) lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez placówkę medyczną wykonującą te świadczenia, wraz z nazwą świadczenia; lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej danego, zrealizowanego świadczenia;
   c) ilość zrealizowanych świadczeń medycznych danego rodzaju;
   d) datę wykonania świadczenia medycznego;
   e) cenę jednostkową zrealizowanego świadczenia medycznego.
4) Jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z umowy ubezpieczenia, uprawniony powinien udokumentować otrzymanie takiego skierowania poprzez sporządzenie jego kopii i dołączenie do wniosku.
5) W przypadku braku kopii skierowania, o którym mowa w ust. 4 powyżej, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być również kopia dokumentacji medycznej uprawnionego zawierająca odpowiednią adnotację o wystawieniu ww. skierowania.
6) Ubezpieczyciel ma prawo odmówić refundacji w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela i dokumenty te nie zostaną uzupełnione przez uprawnionego w terminie wskazanym przez ubezpieczyciela.
7) Ubezpieczyciel może odmówić refundacji, jeśli przesłany wniosek i załączone dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie komu lub w jakim zakresie świadczenia medyczne zostały udzielone tj.:
   a) paragonu fiskalnego, który nie jest imiennym dowodem potwierdzającym skorzystanie ze świadczenia przez uprawnionego;
   b) faktury albo rachunku niezawierających danych uprawnionego, na rzecz którego zostało zrealizowane świadczenie;
   c) faktury albo rachunku niezawierających wykazu wykonanych świadczeń lub specyfikacji, o których mowa w ust. 3) powyżej (np. zawierające jedynie ogólny opis usługi, tj. usługa medyczna), które nie pozwolą na jednoznaczne ustalenie posiadania uprawnień uprawnionego do określonych świadczeń w ramach umowy dookreślonych w zakresie ubezpieczenia.
8) W trakcie procesu rozpatrywania wniosku o refundację ubezpieczycielowi przysługuje prawo do weryfikacji zasadności wykonanych świadczeń medycznych oraz zgodności ich wykonania z warunkami umowy. W celu ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciel może wystąpić do placówki medycznej, wykonującej świadczenie będące przedmiotem refundacji, o przekazanie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej danego świadczenia.

5. Rozliczenie refundacji
1) Jeżeli konsultacje lekarskie dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub konsultacje lekarzy specjalistów, będące przedmiotem refundacji, są limitowane w ramach umowy ubezpieczenia, np. co do ilości ich wykonań, limit ten liczony jest łącznie dla konsultacji lekarskich dostępnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub konsultacji lekarzy specjalistów, wykonanych we wszystkich placówkach medycznych, w tym pokrywanych w drodze refundacji. W przypadku przekroczenia limitu na świadczenia określonego w umowie ubezpieczenia, koszt usługi nie podlega refundacji.
2) Jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów konsultacji lekarskich dostępnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub konsultacji lekarzy specjalistów w trybie refundacji ubezpieczyciel uzyska dowody na okoliczność, iż refundacja została dokonana na podstawie informacji, faktur albo rachunków niezgodnych ze stanem faktycznym wskazanym we wniosku lub dołączonych dokumentach (np. przedłożenie wraz z wnioskiem faktur albo rachunków za świadczenia wykonane na rzecz osób trzecich), ubezpieczycielowi przysługuje zwrot wypłaconych nienależnie kwot w ramach refundacji.

6. Wypłata z tytułu refundacji
1) Wypłata świadczenia z tytułu refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez uprawnionego wniosku o refundację, wraz z załączonymi fakturami (lub kopiami faktur) albo rachunków (lub kopiami rachunków) oraz kopią dokumentu tożsamości uprawnionego do refundacji oraz pozostałymi wymaganymi dokumentami (tj. kopią skierowań lub kopią dokumentacji medycznej).
2) Wniosek, wraz z kompletem dokumentów, należy przesłać:
   • pocztą elektroniczną na adres warta.zgloszenia.roszczenia@luxmed.pl
   lub
   • na adres LUX MED wskazany we wniosku o refundację.
3) Ubezpieczyciel potwierdzi przyjęcie wniosku, a w przypadku braków we wniosku, niekompletnej dokumentacji lub niepoprawnie wypełnionej ubezpieczyciel w maksymalnym terminie 7 dni od otrzymania wniosku poinformuje osobę składającą wniosek o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki we wniosku.
4) Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie (refundacji) na wskazany we wniosku numer rachunku bankowego w maksymalnym terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku.
5) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni, licząc od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6) Jeżeli w terminach określonych w pkt. 4)-5) ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia (refundacji), zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia (refundacji).

7) Jeżeli świadczenie (refundacja) nie przysługuje, lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.

7. Wyłączenia refundacji
   Refundacja nie obejmuje kosztów świadczeń innych niż konsultacje lekarskie dostępne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej lub konsultacje lekarzy specjalistów.

Załącznik nr 7 do OWU został zatwierdzony Uchwałą nr 167/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA" S.A. z dnia 08 października 2024 roku i wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2024 roku.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA" S.A.
Jarosław Parkot

Załącznik nr 8 do OWU
Regulamin i cennik refundacji „Twój wybór”

1. Definicje
   Poniższe terminy użyte w regulaminie w liczbie pojedynczej lub mnogiej oznaczają odpowiednio:
   1) **refundacja „Twój wybór” (refundacja)** – zwrot poniesionych przez uprawnionego kosztów świadczeń medycznych, udzielonych uprawnionemu przez placówkę medyczną spoza listy placówek wskazanych przez ubezpieczyciela, zgodnie z zakresem ochrony określonym w OWU na zasadach i z ograniczeniami wynikającymi z niniejszego regulaminu;
   2) **wniosek** – formularz zgłoszenia refundacji (wniosku o refundację) wg wzoru ustalonego przez ubezpieczyciela; wzór wniosku jest dostępny jest na stronie www.warta.pl;
   3) **regulamin i cennik refundacji „Twój wybór”** – niniejszy dokument określający prawa i obowiązki stron w zakresie refundacji;
   4) **cennik refundacji (cennik)** – wykaz świadczeń wraz z cenami tych świadczeń, stanowiący podstawę do dokonania zwrotu kosztów wykonanych świadczeń.

2. Prawo do refundacji
   1) Zakres świadczeń medycznych podlegających refundacji cennikowej określony jest przez zakres pakietu.
   2) Prawo do skorzystania z refundacji „Twój wybór” uprawniony uzyskuje od pierwszego dnia okresu ochrony ubezpieczeniowej, jeżeli wybrany pakiet obejmuje uprawnienie do takiej refundacji.
   3) Prawo do skorzystania z refundacji „Twój wybór” dotyczy świadczeń medycznych znajdujących się w zakresie ubezpieczenia danego uprawnionego na dzień realizacji świadczenia w ramach umowy zgodnie z OWU obejmującego uprawnienie do refundacji „Twój wybór” i przedawnia się z upływem 3 lat od dnia, w którym uprawniony mógł najwcześniej złożyć wniosek o refundację.
   4) Uprawnionemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów z tytułu udzielonych mu świadczeń medycznych wskazanych w cenniku, maksymalnie do wysokości wartości świadczenia wynikającego z cennika, obowiązującego w dniu wykonania usługi – do kwoty 500 zł kwartalnie.
   5) Prawo do refundacji uwzględnienia wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela zawarte w OWU oraz ograniczenia wskazane w punkcie 6. niniejszego regulaminu.
3. Wymagania dotyczące dokumentowania poniesionych kosztów
   1) Uprawniony pokrywa koszty wykonanych świadczeń medycznych bezpośrednio w placówce medycznej, w której te świadczenia zostały wykonane, zgodnie z cennikiem obowiązującym w tej placówce medycznej, oraz pobiera fakturę albo rachunek za wykonane świadczenia zgodnie z regulaminem.
   2) Faktura albo rachunek za wykonane na rzecz uprawnionego świadczenia medyczne powinna być wystawiona na uprawnionego, a w przypadku świadczeń realizowanych na rzecz dziecka do 18 roku życia – na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego dziecka.
   3) Faktura (lub kopia faktury) albo rachunek (lub kopia rachunku), które mają stanowić podstawę do refundacji, powinny zawierać:
      a) dane uprawnionego, na rzecz którego zostały wykonane świadczenia medycznego (co najmniej: imię, nazwisko, adres). W przypadku świadczeń wykonywanych na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka, na rzecz którego wykonane zostały świadczenia;
      b) wykaz wykonanych na rzecz uprawnionego świadczeń (stanowiący treść faktury) lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez placówkę medyczną wykonującą te świadczenia, wraz z nazwą świadczenia, lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej danego, zrealizowanego świadczenia;
      c) ilość zrealizowanych świadczeń danego rodzaju;
      d) datę wykonania świadczenia;
      e) cenę jednostkową zrealizowanego świadczenia.
   4) W przypadku badań laboratoryjnych, diagnostycznych oraz pozostałych świadczeń medycznych, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z OWU, uprawniony powinien udokumentować otrzymanie takiego skierowania poprzez sporządzenie jego kopii i dołączenie do wniosku.
   5) W przypadku braku kopii skierowania, o którym mowa w pkt. 4) powyżej, potwierdzeniem wystawienia skierowania może być również kopia dokumentacji medycznej uprawnionego zawierająca odpowiednią adnotację o wystawieniu ww. skierowania.
   6) Ubezpieczyciel ma prawo odmówić refundacji w przypadku, gdy przekazane dokumenty nie będą pozwalały na ustalenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w stosunku do wykonanych świadczeń medycznych i dokumenty te nie zostaną uzupełnione przez uprawnionego w terminie wskazanym przez ubezpieczyciela.
   7) Ubezpieczyciel może odmówić refundacji na podstawie wniosku o refundację złożonego wraz z dokumentami, które nie będą pozwalały na ustalenie komu lub w jakim zakresie świadczenia medyczne zostały udzielone: tj.:
      a) paragonu fiskalnego, który nie jest imiennym dowodem potwierdzającym skorzystanie ze świadczenia przez uprawnionego;
      b) faktury (lub kopii faktury) albo rachunku (lub kopii rachunku) niezawierających danych uprawnionego, na rzecz którego zostało zrealizowane świadczenie;
      c) faktury (lub kopii faktury) albo rachunku (lub kopii rachunku) niezawierających wykazu wykonanych świadczeń lub specyfikacji, o których mowa w ust. 3 powyżej (np. zawierające jedynie ogólny opis usługi, tj. usługa medyczna), które nie pozwolą na jednoznaczne ustalenie posiadania uprawnień uprawnionego do określonych świadczeń zgodnie z OWU.
   8) W trakcie procesu rozpatrywania wniosku o refundację ubezpieczycielowi przysługuje prawo do weryfikacji zasadności wykonanych świadczeń medycznych oraz zgodności ich wykonania z warunkami umowy. W celu

ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciel może wystąpić do placówki medycznej, wykonującej świadczenie będące przedmiotem refundacji, o przekazanie kopii dokumentacji medycznej dotyczącej danego świadczenia.

4. Rozliczenie refundacji
   1) Jeżeli świadczenia medyczne, będące przedmiotem refundacji, są limitowane w ramach umowy np. co do ilości ich wykonań – limit ten liczony jest łącznie dla świadczeń wykonanych we wszystkich placówkach medycznych, w tym pokrywanych w drodze refundacji. W przypadku przekroczenia limitu na świadczenia określonego w umowie koszt usługi nie podlega refundacji.
   2) Jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów świadczeń medycznych w trybie refundacji ubezpieczyciel uzyska dowody na okoliczność, iż refundacja została dokonana na podstawie informacji lub faktur albo rachunków niezgodnych ze stanem faktycznym wskazanym we wniosku lub dołączonych dokumentach (np. przedłożenie, wraz z wnioskiem, faktur albo rachunków za świadczenia wykonane na rzecz osób trzecich), ubezpieczycielowi przysługuje zwrot wypłaconych nienależnie kwot w ramach refundacji.
5. Wypłata z tytułu Refundacji
   1) Wypłata świadczenia medycznego z tytułu refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez uprawnionego wniosku o refundację wraz z załączonymi kopiami faktur albo rachunków oraz kopią dokumentu tożsamości uprawnionego do refundacji oraz pozostałymi wymaganymi dokumentami (tj. kopią skierowań lub kopią dokumentacji medycznej).
   2) Wniosek wraz z kompletem dokumentów należy przesłać:
      - pocztą elektroniczną na adres: warta.zgloszenia.roszczenia@luxmed.pl

      lub
      - na adres: na adres LUX MED wskazany we wniosku o refundację
   3) Ubezpieczyciel potwierdzi przyjęcie wniosku, a w przypadku otrzymania wniosku lub niekompletnej dokumentacji lub niepoprawnie wypełnionej ubezpieczyciel w maksymalnym terminie 7 dni od otrzymania wniosku poinformuje osobę składającą wniosek o konieczności uzupełnienia danych niezbędnych do podjęcia decyzji i wskaże braki we wniosku
   4) Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na wskazany we wniosku numer rachunku bankowego w maksymalnym terminie do 30 dni od daty otrzymania wniosku.
   5) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
   6) Jeżeli w terminach określonych w pkt. 4)-5) ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia (refundacji), zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia (refundacji).
   7) Jeżeli świadczenie (refundacja) nie przysługuje, lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
6. Wyłączenia refundacji

   Refundacja nie obejmuje świadczeń medycznych niewymienionych w cenniku refundacji Twój wybór.

Cennik refundacji „Twój wybór”

ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ Z ZAKRESU:	
chorób wewnętrznych (interny)	69 zł
medycyny rodzinnej	69 zł
pediatrii	69 zł
KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW Z ZAKRESU:	
alergologii	81 zł
anestezjologii	81 zł
audiologii	81 zł
angiologii	81 zł
balneologii i medycyny fizykalnej	81 zł
chirurgii ogólnej	81 zł
chirurgii naczyniowej	81 zł
chirurgii onkologicznej	81 zł
chorób zakaźnych	81 zł
dermatologii	81 zł
diabetologii	81 zł
endokrynologii	81 zł
flebologii	81 zł
foniatrii	81 zł
gastroenterologii	81 zł
geriatrii	81 zł
ginekologii	81 zł
ginekologii endokrynologicznej	81 zł
ginekologii onkologicznej	81 zł
hematologii	81 zł
hepatologii	81 zł
hipertensjologii (leczenie nadciśnienia tętniczego)	81 zł
immunologii	81 zł
kardiologii	81 zł
medycyny podróży	81 zł
nefrologii	81 zł
neurochirurgii	81 zł
neurologii	81 zł
okulistyki	81 zł
onkologii	81 zł
ortopedii	81 zł
otolaryngologii	81 zł
proktologii	81 zł
psychiatrii	81 zł
pulmonologii	81 zł
rehabilitacji	81 zł
reumatologii	81 zł
urologii	81 zł
KONSULTACJE SPECJALISTÓW Z ZAKRESU:	
psychologii	81 zł
ZABIEGI AMBULATORYJNE ALERGOLOGICZNE:	
Odczulanie bez uwzględnienia kosztu leku	45 zł

ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
ZABIEGI AMBULATORYJNE CHIRURGICZNE:	
Leczenie wrośniętego paznokcia	163 zł
Nacięcie i drenaż ropnia/krwiaka	125 zł
Szycie rany do 3 cm	88 zł
Szycie rany powyżej 3 cm	125 zł
Zdjęcie szwów	25 zł
ZABIEGI AMBULATORYJNE GINEKOLOGICZNE:	
Pobieranie materiałów do badań cytologicznych i mikrobiologicznych	10 zł
ZABIEGI AMBULATORYJNE OGÓLNOLEKARSKIE:	
Opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane działania)	38 zł
Pobieranie materiałów do badań mikrobiologicznych	25 zł
Usunięcie kleszcza	38 zł
Zakładanie cewników	50 zł
ZABIEGI AMBULATORYJNE OKULISTYCZNE:	
Badanie dna oka	49 zł
Badanie ostrości widzenia	34 zł
Badanie pola widzenia	34 zł
Dobór szkieł korekcyjnych	83 zł
Usunięcie ciała obcego z oka	53 zł
ZABIEGI AMBULATORYJNE OTOLARYNGOLOGICZNE:	
Opatrunek uszny z lekiem	30 zł
Płukanie uszu	30 zł
Postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa	43 zł
Przedmuchiwanie trąbki słuchowej	28 zł
Usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła	78 zł
ZABIEGI PIELĘGNIARSKIE:	
Iniekcja dożylna (bez kosztu leku)	20 zł
Iniekcje: domięśniowe, podskórne (bez kosztu leku)	18 zł
Pobranie krwi	5 zł
Podłączenie wlewu kroplowego	40 zł
ZABIEGI UROLOGICZNE:	
Zakładanie cewników	50 zł
WIZYTY DOMOWE:	
Wizyty domowe internistyczne/pediatryczne	100 zł
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA I OBRAZOWA:	
Adrenalina poziom we krwi	60 zł
Albuminy	8 zł
Aminotransferaza alaninowa (ALT)	6 zł
Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	6 zł
Amylaza (izoenzym trzustkowy i/lub ślinowy)	8 zł
Badanie przeglądowe na obecność alloprzeciwciał	28 zł
Białko C-reaktywne (CRP) / test actim CRP	13 zł
Białko całkowite	6 zł
Bilirubina bezpośrednia	6 zł
Bilirubina całkowita	6 zł
Ceruloplazmina	39 zł
Chlorki (Cl)	6 zł
Cholesterol - HDL	6 zł

ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
Cholesterol - LDL	6 zł
Cholesterol całkowity	6 zł
Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	8 zł
Ferrytyna	28 zł
Fosfataza alkaliczna (AP)	6 zł
Fosfataza kwaśna całkowita	9 zł
Fosfataza sterczowa	14 zł
Fosfor	5 zł
Fosforany	6 zł
Gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)	6 zł
Glukoza	6 zł
Glukoza - Test obciążenia / krzywa cukrowa za 1 pkt	11 zł
Hemoglobina	15 zł
Hemoglobina glikowana (HbA1C)	26 zł
Kinaza fosfokreatynowa	9 zł
Kinaza fosfokreatynowa izoenzym (CK-MB)	18 zł
Kreatynina	6 zł
Kwas foliowy	30 zł
Kwas moczowy	6 zł
Lipaza	11 zł
Lipidogram	21 zł
Magnez całkowity (Mg)	6 zł
Miedź (Cu)	31 zł
Mocznik	6 zł
Odczyn Coombsa BTA	24 zł
Potas (K)	6 zł
Proteinogram	20 zł
Sód (Na)	6 zł
Transferyna	24 zł
Triglicerydy	6 zł
Troponina	34 zł
Tyreoglobulina	40 zł
Wapń całkowity (Ca)	8 zł
Witamina B12	21 zł
Żelazo - całkowita zdolność wiązania (TIBC)	15 zł
Żelazo (Fe)	6 zł
Czynnik reumatoidalny (RF)	11 zł
Antystreptolizyna O (ASO)	11 zł
Odczyn Waalera-Rosego	18 zł
Odczyn VDRL/USR/RPR	9 zł
Oznaczenie grupy krwi układu A, B, O, Rh (D) z oceną hemolizyn	25 zł
Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	9 zł
Czas krwawienia	6 zł
Czas krzepnięcia	8 zł
Czas protrombinowy (PT)	9 zł
Czas trombinowy	10 zł
D-Dimery	29 zł
Fibrynogen (FIBR)	13 zł

ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
Eozynofilia bezwzględna	9 zł
Hematokryt	8 zł
Leukocyty	6 zł
Morfologia krwi bez rozmazu	8 zł
Morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów	9 zł
Odczyn opadania krwinek czerwonych (OB.)	5 zł
Płytki krwi	10 zł
Retikulocyty	6 zł
HORMONY:	
17-hydroksykortykosteroidy	25 zł
Aldosteron	25 zł
Androstendion	25 zł
Androsteron	25 zł
Dehydroepiandrosteronu siarczan DHEA-S	25 zł
Esteraza acetylocholinowa	25 zł
Estradiol	25 zł
fibrynogen (FIBR)	25 zł
Gonadotropina kosmówkowa (HCG)	25 zł
Hormon folikulotropowy (FSH)	25 zł
Hormon luteinizujący (LH)	25 zł
Hormon tyreotropowy (TSH)	25 zł
Hormon wzrostu (GH)	25 zł
Insulina	25 zł
Kalcytonina	25 zł
Kortyzol	25 zł
Osteokalcyna	25 zł
Parathormon (PTH)	25 zł
Progestreon	25 zł
Prolaktyna (PRL)	25 zł
Prolaktyna (PRL) po metoclopramidzie	25 zł
Testosteron	25 zł
Trijodotyronina całkowita (TT3)	25 zł
Trijodotyronina wolna (fT3)w	25 zł
Tyroksyna całkowita (TT4)	25 zł
Tyroksyna wolna (fT4)	25 zł
PRZECIWCIAŁA/OZNACZENIE PRZECIWCIAŁ:	
P/ciała przeciw Borrelia IgG	50 zł
P/ciała przeciw Borrelia IgM	50 zł
P/ciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgA	50 zł
P/ciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgG	50 zł
P/ciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgM	50 zł
P/ciała przeciw Chlamydia trachomatis IgA	50 zł
P/ciała przeciw Chlamydia trachomatis IgG	50 zł
P/ciała przeciw Chlamydia trachomatis IgM	50 zł
P/ciała przeciw CMV IgA (cytomegalia IgA)	50 zł
P/ciała przeciw CMV IgG (cytomegalia IgG)	50 zł
P/ciała przeciw CMV IGM (cytomegalia IgM)	50 zł
P/ciała przeciw cytoplazmie ANCA	50 zł

ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
P/ciała przeciw HBc (IgM)	50 zł
P/ciała przeciw Hbe	50 zł
P/ciała przeciw Hbs	50 zł
P/ciała przeciw HCV	50 zł
P/ciała przeciw HIV I	50 zł
P/ciała przeciw HIV II	50 zł
P/ciała przeciw mononukleozie zakaźnej /EBV (IgM)	50 zł
P/ciała przeciw rubella (różyczka) IgG	50 zł
P/ciała przeciw rubella (różyczka) IgM	50 zł
P/ciała przeciw toksoplazmoza gondii - IgG	50 zł
P/ciała przeciw toksoplazmoza gondii - IgM	50 zł
P/ciała przeciwjądrowe ANA	50 zł
Przeciwciała anty helikobacter pylori	50 zł
Przeciwciała przeciw tyreoglobulinowe (ATG)	50 zł
BADANIA WIRUSOLOGICZNE:	
Antygen Hbe - WZW typu B	33 zł
Hbs antygen	18 zł
IMMUNOGLOBULINY:	
Immunoglobulina A - IgA	25 zł
Immunoglobulina E całkowite - IgE	25 zł
Immunoglobulina G - IgG	25 zł
Immunoglobulina M - IgM	25 zł
POSIEW I BAKTERIOLOGIA:	
Badanie mykologiczne z posiewem	34 zł
Posiew kału ogólny	44 zł
Posiew moczu z antybiogramem	44 zł
Posiew nasienia	44 zł
Posiew plwociny	44 zł
Posiew wymazu z cewki	44 zł
Posiew wymazu z gardła	44 zł
Posiew wymazu z gardła z antybiogramem	44 zł
Posiew wymazu z kanału szyjki macicy	44 zł
Posiew wymazu z nosa	44 zł
Posiew wymazu z odbytu	44 zł
Posiew wymazu z oka	44 zł
Posiew wymazu z pochwy	44 zł
Posiew wymazu z rany	44 zł
Posiew wymazu z ucha	44 zł
Posiew wymazu ze zmiany	44 zł
MARKERY NOWOTWOROWE:	
AFP	31 zł
Antygen CA 125 (CA 125)	31 zł
Antygen CA 15-3 (CA 15-3)	31 zł
Antygen CA 19-9 (CA 19-9)	31 zł
Antygen karcyno-embrionalny (CEA)	31 zł
BADANIA MOCZU:	
ALA	39 zł
Amylaza w moczu	8 zł

ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
Badanie ogólne moczu (profil)	6 zł
Białko w moczu	6 zł
Bilirubina w moczu	8 zł
BUN w moczu – wydalanie dobowe	6 zł
Ciała ketonowe w moczu	6 zł
Fosforany w moczu – wydalanie dobowe	4 zł
Glukoza w moczu	8 zł
Glukoza w moczu – wydalanie dobowe	6 zł
Kreatynina w moczu	6 zł
Kwas moczowy – wydalanie dobowe	6 zł
Magnez w moczu	6 zł
Magnez w moczu – wydalanie dobowe	10 zł
Potas w moczu	6 zł
Potas w moczu – wydalanie dobowe	8 zł
Sód w moczu	6 zł
Sód w moczu – wydalanie dobowe	8 zł
Wapń w moczu	4 zł
Wapń w moczu – wydalanie dobowe	6 zł
BADANIA KAŁU:	
Badanie ogólne kału	14 zł
Kał na lamblie ELISA	18 zł
Krew utajona w kale	13 zł
Pasożyty/jaja pasożytów w kale	11 zł
Resztki pokarmowe w kale	14 zł
DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA:	
Audiometria impedancyjna (tympanogram)	28 zł
Audiometria tonalna	28 zł
Densytometria kości udowej	56 zł
Densytometria kręgosłupa	56 zł
BIOPSJE:	
Biopsja cienkoigłowa tarczycy	125 zł
Biopsja guzka piersi	125 zł
EEG:	
EEG Holter	88 zł
EEG w czuwaniu	88 zł
RTG:	
Mammografia 2 stronna	88 zł
RTG barku/ramienia	50 zł
RTG czaszki	50 zł
RTG kończyny dolnej	50 zł
RTG kończyny górnej	50 zł
RTG kostki/stopy/palca	50 zł
RTG kości twarzy okolicy czołowej	50 zł
RTG kręgosłupa całego AP i bok	50 zł
RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego/krzyżowo-ogonowego - AP i bok	50 zł
RTG kręgosłupa piersiowego AP i bok	50 zł
RTG kręgosłupa szyjnego AP i bok	50 zł
RTG krtani	50 zł

ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
RTG łokcia/przedramienia	50 zł
RTG łopatki	50 zł
RTG miednicy/biodra	50 zł
RTG mostka	50 zł
RTG nadgarstaka/dłoni/palca	50 zł
RTG nosa	50 zł
RTG nosogardzieli	50 zł
RTG oczodołu	50 zł
RTG okolicy jarzmowo szczękowej	50 zł
RTG okolicy nadoczodołowej	50 zł
RTG okolicy tarczycy	50 zł
RTG przeglądowe jamy brzusznej	50 zł
RTG przewodu nosowo-łzowego	50 zł
RTG spojenia żuchwy	50 zł
RTG stawów	50 zł
RTG szczęki	50 zł
RTG tkanek miękkich klatki piersiowej	50 zł
RTG uda/kolana/podudzia	50 zł
RTG zatok nosa	50 zł
RTG żeber	50 zł
RTG żuchwy	50 zł
Wlew doodbytniczy - kontrast	113 zł
ECHOKARDIOGRAFIA:	
Echokardiografia (ECHO) dorośli	125 zł
USG:	
USG ciąży	88 zł
USG DOPPLEROWSKIE	88 zł
USG dopplerowskie kończyn z żył i tętnic (obie kończyny)	113 zł
USG dopplerowskie naczyń jamy brzusznej	113 zł
USG dopplerowskie szyi	113 zł
USG dopplerowskie tętnic nerkowych	113 zł
USG drobnych stawów i więzadeł	88 zł
USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne	88 zł
USG ginekologiczne przezpochwowe (transwaginalne)	88 zł
USG gruczołu krokowego (przez powłoki brzuszne)	88 zł
USG gruczołu krokowego transrektalne	88 zł
USG jąder	88 zł
USG krtani	88 zł
USG miednicy małej	88 zł
USG mięśni	88 zł
USG nadgarstka	88 zł
USG palca	88 zł
USG piersi	88 zł
USG przewodu pokarmowego i jamy brzusznej	88 zł
USG scriningowe ginekologiczne	88 zł
USG stawów barkowych	88 zł
USG stawów biodrowych / kolanowych	88 zł
USG stawów łokciowych	88 zł

ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
USG stawów skokowych	88 zł
USG ścięgna	88 zł
USG tarczycy	88 zł
USG tkanek miękkich	88 zł
USG układu moczowego	88 zł
USG węzłów chłonnych	88 zł
EKG:	
EKG - pomiar całodobowy metodą Holtera	88 zł
EKG próba wysiłkowa	88 zł
EKG spoczynkowe z opisem	25 zł
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA:	
Tomografia komputerowa całego kręgosłupa	250 zł
Tomografia komputerowa głowy	250 zł
Tomografia komputerowa głowy - przysadka	250 zł
Tomografia komputerowa jamy brzusznej	250 zł
Tomografia komputerowa klatki piersiowej	250 zł
Tomografia komputerowa kości	250 zł
Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego	250 zł
Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego	250 zł
Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi	250 zł
Tomografia komputerowa miednicy	250 zł
Tomografia komputerowa nadgarstka	250 zł
Tomografia komputerowa oczodołów	250 zł
Tomografia komputerowa podudzia	250 zł
Tomografia komputerowa przedramienia	250 zł
Tomografia komputerowa ramienia	250 zł
Tomografia komputerowa ręki	250 zł
Tomografia komputerowa stawów	250 zł
Tomografia komputerowa stopy	250 zł
Tomografia komputerowa szyi	250 zł
Tomografia komputerowa uda	250 zł
Tomografia komputerowa uszu/piramid	250 zł
Tomografia komputerowa zatok	250 zł
REZONANS MAGNETYCZNY:	
Rezonans magnetyczny całego kręgosłupa	375 zł
Rezonans magnetyczny głowy	375 zł
Rezonans magnetyczny jamy brzusznej	375 zł
Rezonans magnetyczny klatki piersiowej	375 zł
Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowy	375 zł
Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego	375 zł
Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego/tkanek miękkich szyi	375 zł
Rezonans magnetyczny miednicy	375 zł
Rezonans magnetyczny nadgarstka	375 zł
Rezonans magnetyczny oczodołów	375 zł
Rezonans magnetyczny podudzia	375 zł
Rezonans magnetyczny przedramienia	375 zł
Rezonans magnetyczny przysadki	375 zł
Rezonans magnetyczny ramienia	375 zł

ŚWIADCZENIE MEDYCZNE	WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA
Rezonans magnetyczny ręki	375 zł
Rezonans magnetyczny stawów	375 zł
Rezonans magnetyczny stopy	375 zł
Rezonans magnetyczny uda	375 zł
Rezonans magnetyczny zatok	375 zł
BADANIA ENDOSKOPOWE:	
Anoskopia	163 zł
Gastroskopia	163 zł
Kolonoskopia	163 zł
Rektoskopia	163 zł
Sigmoidoskopia	163 zł
INNE BADANIA DIAGNOSTYCZNE:	
Badanie cytologiczne	29 zł
Badanie uroflowmetryczne 4	50 zł
Cytologia złuszczeniowa z nosa	35 zł
Czystość pochwy	29 zł
Pomiar ciśnienia śródgałkowego	46 zł
Spirometria spoczynkowa	33 zł
Urografia	213 zł
TESTY ALERGICZNE:	
Testy alergiczne skórne - panel pokarmowy	125 zł
Testy alergiczne skórne - panel wziewny	113 zł
Testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt.)	15 zł
SZCZEPIENIA PROFILAKTYCZNE (KONSULTACJA, SZCZEPIONKA , INIEKCJA):	
Anatoksyna przeciw tężcowi	38 zł
Szczepienie przeciw WZW typu A	125 zł
Szczepienie przeciw WZW typu B	75 zł
Szczepienie przeciwko grypie	38 zł

Załącznik nr 8 do OWU został zatwierdzony Uchwałą nr 167/2024 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 08 października 2024 roku i wchodzi w życie z dniem 15 grudnia 2024 roku.

Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot