

ZAŁĄCZNIK NR 2: WARIANT UBEZPIECZENIA – STANDARDOWY do Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego PROMED

Informacje, o których mowa w art. 17. ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej:

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	<u>Świadczenia ambulatoryjne</u> : §1 ust. 1; §2 ust. 1 i 3; §3 ust. 1 i 3; §4 ust. 1 i 3; §5 ust. 1 i 3; §6 ust. 1, 3 i 4; §7 ust. 1, 3 i 4; §8; §9; §10 ust. 1 i 2; §11 ust. 1 pkt 1) i 2); §11 ust. 2; §11 ust. 3; §11 ust. 4 pkt 1) i 2); §11 ust. 5 pkt 1) i 2); §11 ust. 6 pkt 1) i 2); §11 ust. 7; §11 ust. 8 pkt 1).
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<u>Świadczenia ambulatoryjne</u> : §1 ust. 3; §2 ust. 4 i 5; §3 ust. 3; §4 ust. 4; §5 ust. 1; §6 ust. 2 i 5; §7 ust. 2 i 4; §9; §11 ust. 1 pkt 2); §11 ust. 2; §11 ust. 3 pkt 2); §11 ust. 4 pkt 2; §11 ust. 5 pkt 2); §11 ust. 6 pkt 2); §11 ust. 7; §11 ust. 8 pkt 2).

Spis Treści:

I. ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE	2
§1 Telefoniczna pomoc medyczna 24/7	2
§2 Konsultacje online	2
§3 Konsultacje specjalistów (wariant podstawowy)	3
§4 Konsultacje specjalistów (wariant I plus)	4
§5 Konsultacje Lekarzy dyżurnych (wariant I)	4
§6 Zabiegi pielęgniarские	5
§6 Zabiegi ambulatoryjne (wariant I)	5
§8 Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi	6
§9 Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	6
§10 Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa (wariant I)	7
§11 Stomatologia (wariant I)	10

Dodatkowe informacje dotyczące oznaczeń w treści Szczegółowego Wykazu Świadczeń nazwy procedur medycznych oznaczone "*" lub opisane jako "Standardowe" – oznaczają procedury medyczne, które są powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

SZCZEGÓŁOWY WYKAZ ŚWIADCZEŃ

I. ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE

§1 Telefoniczna pomoc medyczna 24/7

1. Telefoniczna Pomoc Medyczna jest Świadczeniem zdrowotnym udzielanym w sytuacjach wymagających pilnego uzyskania porady. Świadczenie obejmuje możliwość skorzystania z Telefonicznej Pomocy Medycznej udzielanej przez specjalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarki) w zakresie interny/medycyny rodzinnej/pediatrici/pielęgniarstwa pod numerem ogólnopolskiej Infolinii Grupy LUX MED, przez 24 godziny na dobę.
2. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny może skierować Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, zdecydować o wezwaniu karetki pogotowia lub skierować w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
3. Podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej nie są wystawiane:
 - 1) e-recepty na szczepionki,
 - 2) leki silnie działające,
 - 3) leki niosące za sobą możliwość uzależnienia,
 - 4) antykoncepcję postkoitalną (antykoncepcja awaryjna), oraz
 - 5) skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące,
 - 6) skierowania na biopsje,
 - 7) skierowania na badania endoskopowe,
 - 8) skierowania na próby wysiłkowe.
4. Świadczenie świadczeń w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej odbywa się wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego, który jest wskazany, jako osoba uprawniona do Świadczeń zdrowotnych z tytułu Telefonicznej Pomocy Medycznej na podstawie zawartej Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczony nie może udostępniać świadczeń w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej innej osobie oraz ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez nią dane są zgodne ze stanem faktycznym.
5. Świadczenie Telefonicznej Pomocy Medycznej nie zastępuje:
 - 1) świadczeń w stanie zagrożenia życia lub zdrowia;
 - 2) konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego.
6. 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 Ubezpieczonego.

§2 Konsultacje online

1. Konsultacja online jest świadczeniem medycznym realizowanym przez Operatora za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczonym 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 Ubezpieczeni, 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. Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.
2. Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez Ubezpieczonego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
3. W zakres Konsultacji online wchodzić niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą:

- ☐ interny/medycy rodzinnej (od 18 r.ż.)
 - ☐ pediatrii (do 18 r.ż.)
 - ☐ pielęgniarstwa pediatrycznego
 - ☐ położnictwa
4. Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego.
5. W celu skorzystania z Konsultacji online Ubezpieczony po zalogowaniu się do konta na Portalu Pacjenta w zakładce „Konsultacje online” ustawia się w kolejce oczekujących na skorzystanie z świadczenia.
6. Świadczenie świadczeń w postaci Konsultacji online odbywa się wyłącznie na rzecz Ubezpiezonego, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako osoba uprawniona do świadczeń medycznych z tytułu Konsultacji online. Ubezpieczony nie może udostępniać świadczenia w postaci Konsultacji online innej osobie. Ubezpieczony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym.
7. W ramach Konsultacji online Ubezpieczony otrzymuje świadczenie medyczne, w tym w ramach świadczenia mogą być wystawione:
- 1) skierowanie na badania;
 - 2) skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania innej Porady Telemedycznej;
 - 3) skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania Świadczenia medycznego w ramach świadczenia stacjonarnej;
 - 4) e-recepta na leki do kontynuacji leczenia przewlekłego,
 - 5) e-recepta de novo w oparciu o dokumentację medyczną oraz wskazania medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online,
 - 6) orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych.
8. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online może odmówić zdalnej porady i skierować Ubezpiezonego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarzką lub położniczą.
9. Podczas Konsultacji online nie są wystawiane:
- 1) e-zwolnienia;
 - 2) skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące;
 - 3) skierowania na biopsję;
 - 4) skierowania na badania endoskopowe;
 - 5) skierowania na próby wysiłkowe.
10. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty podczas Konsultacji online należy do Lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem Ubezpiezonego.
11. Lekarz podczas Konsultacji online nie wystawia e-recepty na:
- 1) szczepionki;
 - 2) leki silnie działające,
 - 3) leki niosące za sobą możliwość uzależnienia,
 - 4) antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja awaryjna).

§3 Konsultacje specjalistów (wariant podstawowy)

1. Świadczenie daje możliwość uzyskania bez skierowania konsultacji lekarskich w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego.
2. Konsultacje są dostępne w następujących formach:
- 1) w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez nas – w formie wizyt stacjonarnych;
 - 2) za pośrednictwem systemów łączności - w formie konsultacji telefonicznych lub wideo
 - 3) w Centrach Leczenia Infekcji– w formie wizyt stacjonarnych dedykowanych dla Ubezpieczonych z objawami infekcji, świadczonych w wybranych placówkach medycznych wskazanych przez nas.

3. Świadczenie- w zależności od formy dostarczenia - obejmuje: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:
- ☐ interny
 - ☐ Lekarza medycy rodzinnej
 - ☐ pediatrii
4. Świadczenie Konsultacje specjalistów wariant podstawowy nie obejmuje:
- 1) konsultacji Lekarzy dyżurnych,
 - 2) konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

§4 Konsultacje specjalistów (wariant I plus)

1. Świadczenie daje możliwość uzyskania bez skierowania konsultacji lekarskich w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego.
2. Konsultacje są dostępne w następujących formach:
- 1) w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez nas – w formie wizyt stacjonarnych;
 - 2) za pośrednictwem systemów łączności - w formie konsultacji telefonicznych lub wideo
 - 3) w Centrach Leczenia Infekcji- w formie wizyt stacjonarnych dedykowanych dla Ubezpieczonych z objawami infekcji, świadczonych w wybranych placówkach medycznych wskazanych przez nas.
3. Świadczenie- w zależności od formy dostarczenia - obejmuje: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:
- 1) w przypadku Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji:
 - ☐ alergologii
 - ☐ chirurgii ogólnej
 - ☐ diabetologii
 - ☐ ginekologii
 - ☐ laryngologii
 - ☐ nefrologii
 - ☐ neurologii
 - ☐ okulistyki
 - ☐ optometrii
 - ☐ proktologii
 - ☐ pulmonologii
 - ☐ reumatologii
 - ☐ urologii
 - 2) w przypadku Ubezpieczonych do 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji:
 - ☐ chirurgii
 - ☐ ginekologii (od 16 r.ż)
 - ☐ laryngologii
 - ☐ neurologii
 - ☐ okulistyki
4. Świadczenie Konsultacje specjalistów (wariant I plus) nie obejmuje:
- 1) konsultacji Lekarzy dyżurnych,
 - 2) 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.

§5 Konsultacje Lekarzy dyżurnych (wariant I)

1. Świadczenie obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, które wystąpiło w ciągu 24 h od momentu przyjęcia zgłoszenia chęci odbycia konsultacji przez Operatora. Lekarze dyżurni są dostępni w godzinach pracy placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, wyłącznie w dniu jej zgłoszenia.
2. 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.).
3. Świadczenie zawiera: wywiad, poradę Lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- ☐ interny
- ☐ pediatrii

- ☐ Lekarza medycy rodzinnej

§6 Zabiegi pielęgniarские

1. 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.
2. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.
3. Zabiegi pielęgniarские obejmują:
 - ☐ Pobranie krwi
 - ☐ Iniekcja dożylna
 - ☐ Iniekcja podskórna / domięśniowa
 - ☐ Kroplówka w sytuacji doraźnej
 - ☐ Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
 - ☐ Pomiar temperatury ciała (bez skierowania)
 - ☐ Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
 - ☐ Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania)
 - ☐ Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania)
 - ☐ Świadczenie położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi
4. Materiały i środki medyczne takie, jak:
 - ☐ opatrunki,
 - ☐ waciki
 - ☐ bandaż
 - ☐ plastry
 - ☐ venflon
 - ☐ strzykawki
 - ☐ igły
 - ☐ surowica – antytoksyna tężcowa,
 - ☐ środki dezynfekujące,użyte do ww. zabiegów są bezpłatne.
5. Za pozostałe materiały i środki medyczne nie wymienione w ust. 4, a zużyte do ww. zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

§7 Zabiegi ambulatoryjne (wariant I)

1. 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.
2. Zakres zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.
3. Zabiegi ambulatoryjne obejmują:
 - 1) zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:
 - ☐ Mierzenie RR / ciśnienia
 - ☐ Pomiar wzrostu i wagi ciała
 - ☐ Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
 - 2) zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:
 - ☐ Szycie rany do 1,5 cm
 - ☐ Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
 - ☐ Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela
 - ☐ Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia
 - ☐ Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza (nie wykonujemy zdejmowania szwów po porodzie)
 - ☐ Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
 - ☐ Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
 - 3) zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:
 - ☐ Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
 - ☐ Katetyzacja trąbki słuchowej
 - ☐ Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w

- 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
- Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- 4) 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
- 5) Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:
 - Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy
- 6) Znieczulenia:
 - Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne
- 4. Materiały i środki medyczne takie, jak:
 - opatrunki i bandaże
 - plastry
 - venflon
 - strzykawki
 - waciki
 - plastry
 - igły
 - surowica – antytoksyna tężcowa
 - środki dezynfekujące
 - szwy i nici chirurgiczne

użyte do ww. zabiegów są bezpłatne.
- 5. Za pozostałe materiały i środki medyczne nie wymienione w ust. 4, a zużyte do ww. zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

§8 Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi

1. Świadczenie obejmuje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych szczepienia przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyna przeciw tężcową).
2. Usługa składa się z:
 - konsultacji lekarskiej przed szczepieniem
 - wykonania usługi pielęgniarstwa w postaci iniekcji
 - szczepionki (preparat)
3. Szczepienia przeciwko grypie realizowane są w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może zorganizować również wyjazdowe szczepienia p / grypie sezonowej w miejscu wskazanym przez Ubezpieczającego – dla grup powyżej 30 osób.

§9 Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Świadczenie jest realizowane wyłącznie w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Świadczenie obejmuje jednorazowe wykonanie bez skierowania Lekarza (w ciągu 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia), panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- 1) w przypadku Ubezpieczonych powyżej 18 roku życia:
 - Mocz – badanie ogólne
 - Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
 - Lipidogram
 - Glukoza na czczo
 - Standardowa* cytologia szyjki macicy
 - TSH
 - Beta HCG

2) w przypadku Ubezpieczonych do 18 roku życia:

- Mocz – badanie ogólne
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Glukoza na czczo
- CRP paskowe
- Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla Ubezpieczonych od 16 r.ż.)

§10 Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa (wariant I)

1. Świadczenie obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela.
2. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach świadczenia wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez Lekarzy placówek medycznych, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego

1) 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

2) diagnostyka laboratoryjna - 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
- Białko PAPP-a
- 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
- 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

- ☐ Proteinogram
 - ☐ Sód / Na
- 3) diagnostyka laboratoryjna - 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 / Mononukleozę – lateks
 - ☐ EBV / Mononukleozę IgG
 - ☐ EBV / Mononukleozę IgM
 - ☐ Toksoplazmoza IgG
 - ☐ Toksoplazmoza IgM
- 4) diagnostyka laboratoryjna - 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
- 5) diagnostyka laboratoryjna - 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
- 6) diagnostyka laboratoryjna - badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:
- ☐ Kał badanie ogólne
 - ☐ Krew utajona w kale / F.O.B.
- 7) diagnostyka laboratoryjna - badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:
- ☐ Standardowa* cytologia szyjki macicy
- 8) diagnostyka laboratoryjna - 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.

9) diagnostyka laboratoryjna - szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

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

10) diagnostyka obrazowa - badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG – spoczynkowe
- Standardowa* próba wysiłkowa

11) diagnostyka obrazowa - 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 łokcia / przedramienia obu AP + bok
- RTG kości skroniowych transorbitalne
- RTG kości skroniowych wg Schullera / Stevers
- 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 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 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 łopatk
- 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 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 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 rzepek osiowe obu
- RTG rzepek osiowe obu w 2 ustawieniach
- RTG rzepek 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 podudzia (goleni) AP + bok obu
- RTG uda + podudzia
- 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 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

12) diagnostyka obrazowa - badania ultrasonograficzne:

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

13) diagnostyka obrazowa - badania endoskopowe:

- Anoskopia

14) diagnostyka obrazowa - Rezonans magnetyczny bez środków kontrastowych:

- MR – Rezonans magnetyczny głowy

15) diagnostyka obrazowa - Tomografia komputerowa bez środków kontrastowych:

- TK – Tomografia komputerowa głowy

16) diagnostyka obrazowa - Inne badania diagnostyczne:

- Spirometria bez leku
- Audiometr standardowy*
- Mammografia
- Mammografia – zdjęcie celowane

3. W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu świadczeń, to świadczenia 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 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).

§11 Stomatologia (wariant I)

1. Dyżur stomatologiczny

- 1) Zakres Dyżuru stomatologicznego, w zależności od placówki medycznej, obejmuje pokrycie albo zwrot kosztów (Refundacja) do maksymalnej wysokości limitu, tj. kwoty 350 zł w każdym 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia, wykonywanych przez Lekarzy stomatologów określonych poniżej świadczeń:

- 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
- Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe pomoc doraźna
- Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiękowe pomoc doraźna
- Odbarczenie ropnia przyzębnego pomoc doraźna
- Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym pomoc doraźna
- Usunięcie zęba jednokorzeniowego pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe pomoc doraźna
- Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne pomoc doraźna
- RTG punktowe zdjęcie zęba 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

- Opatrunek leczniczy w zębie stałym pomoc do-
rażna
- 2) Świadczenia w ramach Dyżuru stomatologicznego wykonywane są wyłącznie w razie nagłego zachorowa-
nia lub nieszczęśliwego wypadku poza godzinami pracy placówek medycznych Operatora.
- 3) Warunkiem realizacji świadczeń w ramach Dyżuru stomatologicznego jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego
potrzeby skorzystania z Dyżuru stomatologicznego w wyniku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego
wypadku poprzez Infolinię (nr tel. 22 33 22 888), a następnie wykonanie świadczeń we wskazanej przez
Operatora placówce medycznej, zgodnie z instrukcją pracownika Infolinii a w przypadku gdy w danej Pla-
cówce medycznej nie można zrealizować świadczenia bezgotówkowo, pokrycie kosztów wykonanych
świadczeń zgodnie z obowiązującym w niej cennikiem, złożenie wniosku o Refundację wraz z dołączonymi orygi-
nałami faktur albo rachunków za wykonane na rzecz Ubezpieczonego świadczenia. Faktura albo rachunek
powinny zawierać:
 - a) dane Ubezpieczonego do zwrotu kosztów na rzecz, którego zostały wykonane świadczenia (co najmniej
imię, nazwisko, adres). W przypadku świadczeń na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na opie-
kuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego w treści faktury powinny się znaleźć dane dziecka
na rzecz, którego wykonane zostały świadczenia;
 - b) wykaz wykonanych na rzecz Ubezpieczonego 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 danej, zrealizowanej świadczenia;
 - c) ilość zrealizowanych świadczeń danego rodzaju;
 - d) datę wykonania świadczenia;
 - e) cenę jednostkową zrealizowanej świadczenia.
- 4) Jeżeli po dokonaniu zwrotu kosztów świadczeń w trybie Refundacji Ubezpieczyciel uzyska dowody na oko-
liczność, 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 wraz z odsetkami liczonymi od dnia
dokonania wypłaty środków w ramach Refundacji.
- 5) Wypłata świadczenia z tytułu Refundacji dokonywana jest na podstawie złożonego przez Ubezpieczonego
Wniosku o Refundację, wraz z załączonymi oryginałami faktur albo rachunków oraz pozostałymi wymaga-
nymi dokumentami.
- 6) 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 nie-
możliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu na-
leżytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- 7) Druk wniosku o Świadczenie pieniężne dostępny jest pod adresem: <https://www.luxmed.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-dla-klientow-indywidualnych/indywidualne-ubezpieczenie-zdrowotne-promed>.

2. Profilaktyka stomatologiczna

Zakres Profilaktyki Stomatologicznej obejmuje wykonanie 1 raz w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia 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 zę-
bowy
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1/2 łuku
zębowego
- Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 2 łuki zę-
bowe
- Usunięcie złogów naddziąsłowych /scaling/ uzu-
pełniające
- Usunięcie złogów naddziąsłowych /scaling/ z 1
łuku zębowego
- Usunięcie złogów naddziąsłowych /scaling/ ze
wszystkich zębów
- Usuwanie osadu - piaskowanie

- Instruktaż higieny jamy ustnej
- Polerowanie zębów

- Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową

3. Znieczulenia

1) Świadczenie jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące świadczenia:

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

2) Stomatologia – wariant I nie obejmuje świadczeń wykonywanych w znieczuleniu ogólnym

4. Stomatologia zachowawcza

1) Świadczenie jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące świadczenia:

- Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza

2) Ponadto Ubezpieczonemu przysługuje rabat 10% od cennika placówki Ubezpieczyciela na następujące świadczenia:

- 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 głąsonomer
- Badanie żywotności zęba
- Ćwiek okolicznościowy 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

5. Pedodontologia

1) Świadczenie jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące świadczenia wraz materiałami:

- Badanie lekarskie stomatologiczne kontrolne pedodontyczne

2) Ponadto Ubezpieczonemu przysługuje rabat 10% od cennika placówki Ubezpieczyciela na następujące świadczenia:

- 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 nieufornowanym korzeniem
- Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem
- Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – limit 8

6. Chirurgia stomatologiczna

1) Świadczenie jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela i obejmuje następujące świadczenia:

○ Konsultacja specjalistyczna chirurga stomatologa

2) Ponadto Ubezpieczonemu przysługuje rabat 10% od cennika placówki Ubezpieczyciela na następujące świadczenia:

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

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

Świadczenie obejmuje wykonanie w ambulatoryjnych Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, na skierowanie Lekarza stomatologa z ww. placówek, następujących świadczeń z dodatkowym 10% rabatem od cennika placówki Ubezpieczyciela:

○ RTG punktowe zdjęcie zęba

8. Gwarancja

1) Ubezpieczonemu 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 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu, oczyszczanie zębów z kamienia i osadu oraz fluoryzacja 1 raz w 12 miesięcznym Okresie ubezpieczenia, 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.

2) 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).

3) Świadczenie Stomatologia – wariant I nie obejmuje świadczeń wykonywanych w znieczuleniu ogólnym.