

# Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne PROMED



## WARIANT STANDARDOWY

Opieka medyczna dla dzieci i osób dorosłych dostępna w trzech typach ubezpieczenia:

- Indywidualnym
- Partnerskim
- Rodzinnym

Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne PROMED skierowane jest do osób, którym zależy na standardowej opiece medycznej. Możliwy jest wybór dogodnej formy płatności: miesięcznej, kwartalnej, półrocznej lub rocznej.

Typ ubezpieczenia	Tryb płatności			
	Rocznie	Półrocznie	Kwartalnie	Miesięcznie
INDYWIDUALNY	2 784 zł	1 392 zł	696 zł	232 zł
PARTNERSKI	5 568 zł	2 784 zł	1 392 zł	464 zł
RODZINNY	8 628 zł	4 314 zł	2 157 zł	719 zł

\* w przypadku ubezpieczenia typ indywidualny Składki ubezpieczeniowe podane są za osobę

## Załącznik do Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego PROMED OGÓLNY WYKAZ ŚWIADCZEŃ

ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE	
Telefoniczna Pomoc Medyczna	•
Konsultacje online	•
Konsultacje specjalistów (wariorant podstawowy)	•
Konsultacje specjalistów (wariorant I plus)	• 18 specjalistów (dorośli – 13, dzieci – 5)
Konsultacje lekarzy dyżurnych (wariorant I)	• 3 specjalistów
Zabiegi pielęgniarskie	•
Zabiegi ambulatoryjne (wariorant I)	•
Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi	•
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	• świadczenie limitowane limit: 1 raz w roku
Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa (wariorant I)	•
Stomatologia (wariorant I)	•
Wykaz Przychodni, w których realizowane są Świadczenia ambulatoryjne jest na bieżąco aktualizowany i dostępny jest pod adresem: <a href="https://www.luxmed.pl/pla-cowki">https://www.luxmed.pl/pla-cowki</a>	•
Wniosek o wypłatę Świadczenia pieniężnego z tytułu Świadczenia ambulatoryjnego (dyżur stomatologiczny) dostępny jest pod adresem: <a href="https://www.luxmed.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-dla-klientow-indywidualnych/indywidualne-ubezpieczenie-zdrowotne-promed">https://www.luxmed.pl/dla-pacjenta/ubezpieczenia-dla-klientow-indywidualnych/indywidualne-ubezpieczenie-zdrowotne-promed</a> z sekcji: zakresy szczegółowe / dokumenty do pobrania.	•

## SZCZEGÓŁOWY WYKAZ ŚWIADCZEŃ

### I. ŚWIADCZEDNIA AMBULATORYJNE

#### §1 Telefoniczna pomoc medyczna 24/7

- 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/pediatric/pielęgniarstwa pod numerem ogólnopolskiej Infolinii Grupy LUX MED, przez 24 godziny na dobę.
- 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.
- Podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej nie są wystawiane:
  - e-recepty na szczepionki,
  - leki silnie działające,
  - leki niosące za sobą możliwość uzależnienia,
  - antykonieczę postkoitalną (antykonieczę awaryjna), oraz
  - 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:
 

<input type="radio"/> interny/medycy rodzinnej (od 18 r.ż.)	<input type="radio"/> pielęgniarstwa pediatrycznego
<input type="radio"/> pediatrii (do 18 r.ż.)	<input type="radio"/> 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 Ubezpieczonego, 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 Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską 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 biopsje;
  - 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 Ubezpieczonego.
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:
- |   |                                    |
|---|------------------------------------|
| <input type="radio"/> alergologii       | <input type="radio"/> okulistyki   |
| <input type="radio"/> chirurgii ogólnej | <input type="radio"/> optometrii   |
| <input type="radio"/> diabetologii      | <input type="radio"/> proktologii  |
| <input type="radio"/> ginekologii       | <input type="radio"/> pulmonologii |
| <input type="radio"/> laryngologii      | <input type="radio"/> reumatologii |
| <input type="radio"/> nefrologii        | <input type="radio"/> urologii     |
| <input type="radio"/> neurologii        |                                    |
- 2) w przypadku Ubezpieczonych do 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji:
- |   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> chirurgii               | <input type="radio"/> neurologii |
| <input type="radio"/> ginekologii (od 16 r.ż) | <input type="radio"/> okulistyki |
| <input type="radio"/> laryngologii            |                                  |
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:
 

<input type="radio"/> interny	<input type="radio"/> Lekarza medycy rodzinnej
<input type="radio"/> pediatrii	

#### §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 Lekarza, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.
3. Zabiegi pielęgniarские obejmują:
 

<input type="radio"/> Pobranie krwi	<input type="radio"/> Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
<input type="radio"/> Iniekcja dożylna	<input type="radio"/> Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania)
<input type="radio"/> Iniekcja podskórna / domięśniowa	<input type="radio"/> Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania)
<input type="radio"/> Kroplówka w sytuacji doraźnej	<input type="radio"/> Świadczenie położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi
<input type="radio"/> Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej	
<input type="radio"/> Pomiar temperatury ciała (bez skierowania)	
4. Materiały i środki medyczne takie, jak:

- opatrunki,
- waciki
- bandaże
- 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 Lekarza, 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:
    - 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
    - Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym
    - Płukanie ucha
  - 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
    - Standardowe\* badanie autorefraktometrem
    - Podanie leku do worka spojówkowego
    - Standardowy\* pomiar ciśnienia śródgałkowego
    - Standardowe\* badanie widzenia przestrzennego
    - Płukanie kanalików łzowych (dot. Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.)
  - 5) Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej\* cytologii z szyjki macicy
- 6) Znieczulenia:
  - Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne
- 4. Materiały i środki medyczne takie, jak:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> opatrunki i bandaże</li> <li><input type="radio"/> plastry</li> <li><input type="radio"/> venflon</li> <li><input type="radio"/> strzykawki</li> <li><input type="radio"/> waciki</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> plastry</li> <li><input type="radio"/> igły</li> <li><input type="radio"/> surowica – antytoksyna tężcowa</li> <li><input type="radio"/> środki dezynfekujące</li> <li><input type="radio"/> szwy i nici chirurgiczne</li> </ul>
---	---

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:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> konsultacji lekarskiej przed szczepieniem</li> <li><input type="radio"/> szczepionki (preparat)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> wykonania usługi pielęgniarskiej w postaci iniekcji</li> </ul>
---	---
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:

- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Mocz – badanie ogólne</li> <li><input type="radio"/> Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny</li> <li><input type="radio"/> Lipidogram</li> <li><input type="radio"/> Glukoza na czczo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Standardowa* cytologia szyjki macicy</li> <li><input type="radio"/> TSH</li> <li><input type="radio"/> Beta HCG</li> </ul> |
|--|---|

2) w przypadku Ubezpieczonych do 18 roku życia:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Mocz – badanie ogólne</li> <li><input type="radio"/> Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny</li> <li><input type="radio"/> Glukoza na czczo</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> CRP paskowe</li> <li><input type="radio"/> Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla Ubezpieczonych od 16 r.ż.)</li> </ul> |
|--|--|

#### §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:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi</li> <li><input type="radio"/> Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Czas trombinowy – TT</li> <li><input type="radio"/> APTT</li> </ul>
--	--

- OB / ESR
  - INR / Czas protrombinowy
- 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
  - Proteinogram
  - Sód / Na
  - Fibrynogen
  - 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
- 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 / ciąta przeglądowe
  - P / ciąta odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwiąta (zastępuje P / ciąta anty Rh / – /)
  - HBs Ag / antygen
  - CMV IgG
  - CMV IgM
  - HBs Ab / przeciwiąta
  - HIV I / HIV II
  - EBV / Mononukleozą – lateks
  - EBV / Mononukleozą IgG
  - EBV / Mononukleozą 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
- Glukoza badanie glukometrem
- Cholesterol badanie paskowe
- 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 kręgosłupa szyjnego AP + bok
- RTG oczodoły + boczne (2 projekcje)
- RTG kręgosłupa szyjnego bok
- RTG czaszki PA + bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
- RTG czaszki PA + bok + podstawa
- RTG kręgosłupa szyjnego skosy

- 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 / Steversera
  - 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 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 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 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 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
- 12) diagnostyka obrazowa - badania ultrasonograficzne:
- USG jamy brzusznej
  - USG prostaty przez powłoki brzuszne

- USG piersi
  - USG tarczycy
  - 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
  - Opatrunek leczniczy w zębie stałym 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
- 2) Świadczenia w ramach Dyżuru stomatologicznego wykonywane są wyłącznie w razie nagłego zachorowania 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 Placówce medycznej nie można zrealizować świadczenia bezgotówkowo, pokrycie kosztów wykonanych świadczeń zgodnie z

obowiązującym w niej cennikiem, złożenie wniosku o Refundację wraz z dołączonymi oryginałami 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 opiekuna 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 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 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 wymaganymi 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 niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej 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 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
- 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:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wypełnienie ubytku korony zęba na 1 powierzchni standardowym materiałem światłoutwardzalnym</li> <li>○ Wypełnienie ubytku korony zęba na 2 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym</li> <li>○ Wypełnienie ubytku korony zęba na 3 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym</li> <li>○ Odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych standardowym materiałem światłoutwardzalnym</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wypełnienie giasjonomer</li> <li>○ Badanie żywotność zęba</li> <li>○ Ćwiek okołomiazgowy Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa - licówka z kompozytu</li> <li>○ Kosmetyczne pokrycie przebarwienia zębiny w zębach przednich - licówka z kompozytu</li> <li>○ Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej</li> <li>○ Opatrunek leczniczy w zębie stałym</li> <li>○ Płukanie kieszonki dziąsłowej</li> <li>○ Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku</li> <li>○ Kauteryzacja brodawki dziąsłowej</li> </ul> |
|--|--|

#### 5. Pedodontcja

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:

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni</li> <li>○ Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni lecznicze</li> <li>○ Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach</li> <li>○ Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach lecznicze</li> <li>○ Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach</li> <li>○ Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach lecznicze</li> <li>○ Wizyta adaptacyjna (dzieci) - stomatologia</li> <li>○ Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Impregnacja zębiny - każdy ząb</li> <li>○ Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego</li> <li>○ Leczenie endodontyczne zęba mlecznego</li> <li>○ Leczenie zgorzeli miazgi zęba mlecznego</li> <li>○ Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieufornowanym korzeniem</li> <li>○ Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem</li> <li>○ Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – limit 8</li> </ul> |
|--|--|

#### 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
- 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-kościowego
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego
- Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego
- Wycięcie kaptura dziąsłowego w obrębie 1 zęba
- Wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej, mucocela 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

## 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.