

ZAŁĄCZNIK NR 1: WARIANT UBEZPIECZENIA – PODSTAWOWY 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 (Dz.U. z 2015 r. poz. 1844 z późn.zm.):

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca umowy
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń	<u>Świadczenia ambulatoryjne</u> : §1 ust. 1 i 2; §2 ust. 3; §3 ust. 2; §4 ust. 1 i 2; §5 ust. 1 i 2; §6 ust. 1 i 2; §7 ust. 1; §8 ust. 1, 2 i 3.
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. 3; §5 ust. 3; §6 ust. 3; §7 ust. 1 i 2; §8 ust. 1; §8 ust. 2 pkt. 5); §8 ust. 3 pkt. 2); §8 ust. 4.

ZAŁĄCZNIK NR 1: WARIANT UBEZPIECZENIA – PODSTAWOWY

do Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego PROMED

SPIS TREŚCI:

I. ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE.....	3
§1 Telefoniczna pomoc medyczna.....	3
§2 Konsultacje online.....	3
§3 Konsultacje specjalistów (wariant podstawowy).....	3
§4 Konsultacje specjalistów (wariant I).....	4
§5 Zabiegi pielęgniarские.....	4
§6 Zabiegi ambulatoryjne (wariant I).....	4
1) Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:.....	4
2) Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:.....	4
3) Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:.....	4
4) Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:.....	5
5) Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:.....	5
6) Znieczulenia:.....	5
§7 Panel badań laboratoryjnych bez skierowania.....	5
§8 Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa wariant podstawowy.....	5
2. Diagnostyka laboratoryjna:.....	5
1) Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:.....	5
2) Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:.....	5
3) Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:.....	6
4) Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:.....	6
5) Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania.....	6
6) Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:.....	6
7) Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:.....	6
8) Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:.....	6
3. Diagnostyka obrazowa:.....	6
1) Badania elektrokardiograficzne:.....	6
2) Badania rentgenowskie.....	6
3) Badania ultrasonograficzne:.....	6
4) Inne badania diagnostyczne:.....	6

ZAŁĄCZNIK NR 1: WARIANT UBEZPIECZENIA – PODSTAWOWY do Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego PROMED

Szczegółowy wykaz Świadczeń

I. ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE

UWAGA: procedury medyczne oznaczone "*" i opisane jako: "Standardowe" – oznaczają powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP procedury medyczne

§1 Telefoniczna pomoc medyczna

1. Telefoniczna Pomoc Medyczna jest Świadczeniem medycznym realizowanym przez Operatora w sytuacjach wymagających pilnego uzyskania porady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub telefonicznych systemów łączności. Usługa 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.
2. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny może skierować Pacjenta na stacjonarną wizytę lekarską, zdecydować o wezwaniu karetki pogotowia lub skierować w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
3. 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 Ubezpieczonego, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako Ubezpieczony - uprawniony do Świadczeń medycznych z tytułu Telefonicznej Pomocy Medycznej na podstawie zawartej Umowy. Ubezpieczony nie może udostępniać Świadczenia medycznego w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej innej osobie. Ubezpieczony 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 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: video, 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. W zakres Konsultacji online wchodzić niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą.
3. Usługa obejmuje Konsultacje online w następującym zakresie:
 - interny / medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.)
 - pediatrii (do 18 r.ż.)
 - pielęgniarstwa pediatrycznego
 - położnictwa
4. Uwaga: Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. 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 usługi. Świadczenie usług 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 usługi 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. W ramach Konsultacji online Ubezpieczony 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.
5. W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online może odmówić zdalnej porady i skierować Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego. Lekarz podczas Konsultacji online nie wystawia e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja awaryjna).

§3 Konsultacje specjalistów (wariant podstawowy)



luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10, f: 22 331 85 85

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

- Usługa obejmuje nielimitowane wizyty w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.
- Usługa 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: Usługa Konsultacje specjalistów wariant podstawowy 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.

§4 Konsultacje specjalistów (wariant I)

- Usługa 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:
 - Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji w następującym zakresie:
 - chirurgii ogólnej
 - laryngologii
 - okulistyki
 - ginekologii
 - neurologii
 - urologii
 - Ubezpieczonych do 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji w następującym zakresie:
 - chirurgii
 - laryngologii
 - okulistyki
 - ginekologii (od 16 r.ż.)
 - neurologii
- Uwaga: Usługa Konsultacje specjalistów wariant I 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. Również pozostałe konsultacje są odpłatne.

§5 Zabiegi pielęgniarskie

- Usługi 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 Ubezpieczony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.
- Zabiegi pielęgniarskie obejmują (Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie):
 - Iniekcja dożylna
 - Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza)
 - Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza)
 - Iniekcja podskórna / domięśniowa
 - Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały
 - Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza)
 - Kropiółka w sytuacji doraźnej
 - Pobranie krwi
 - Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi
 - Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- 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. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

§6 Zabiegi ambulatoryjne (wariant I)

- Usługi 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 Ubezpieczony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego 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 innego ciała obcego bez nacięcia
 - Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela
 - Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
 - Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza (nie wykonujemy zdejmowania szwów po porodzie)
 - Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
- 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
- 4) Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:
- Standardowe* badanie dna oka
 - Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmujące soczewek z płynną ogniskową)
 - Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
 - Usunięcie ciała obcego z oka
 - Badanie ostrości widzenia
 - Standardowe* badanie autorefraktometrem
 - Podanie leku do worka spojówkowego
- 5) Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:
- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy
- 6) Znieczulenia:
- Znieczulenie miejscowe: nasiąkowe lub powierzchniowe
3. 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. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów, od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

§7 Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

1. Usługa obejmuje jednorazowe wykonanie bez skierowania Lekarza (w ciągu 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia), panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:
- Mocz – badanie ogólne
 - Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
 - Cholesterol całkowity
 - Glukoza na czczo
 - Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla Ubezpieczonych już od 16 r.ż.)
2. Usługa jest dostępna dla Ubezpieczonych, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowana wyłącznie w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Usługa obejmuje jednorazowe wykonanie bez skierowania Lekarza (w ciągu 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia), panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

§8 Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa wariant podstawowy

1. Usługa 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.
2. Diagnostyka laboratoryjna:
- 1) Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
 - OB / ESR
 - INR / Czas protrombinowy
 - APTT
- 2) 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 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
 - 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)
 - TSH / hTSH
 - PSA całkowite

- 3) 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
- 4) Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:
- Mocz – badanie ogólne
- 5) Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):
- Posiew moczu
 - Kał posiew ogólny
- 6) Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:
- Kał badanie ogólne
- 7) Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:
- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- 8) Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:
- Cholesterol badanie paskowe
 - Glukoza badanie glukometrem
 - Troponina – badanie paskowe
3. Diagnostyka obrazowa:
- 1) Badania elektrokardiograficzne:
- Badanie EKG - spoczynkowe
- 2) 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
- 3) Badania ultrasonograficzne:
- USG jamy brzusznej
- 4) Inne badania diagnostyczne:
- Spirometria bez leku
 - Audiometr standardowy*
4. 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. O ile nie zaznaczono inaczej usługa: nie obejmuje testów paskowych a diagnostyka obrazowa w zakresie USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji.