

Załącznik nr 1: do Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego PROMED

WARIANT UBEZPIECZENIA – PODSTAWOWY

SZCZEGÓŁOWY WYKAZ ŚWIADCZEŃ

ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE

TELEFONICZNA POMOC MEDYCZNA 24/7

Telefoniczna Pomoc Medyczna 24/7 jest realizowana na rzecz Ubezpieczonego w przypadkach wymagających uzyskania przez niego niezwłocznej konsultacji Lekarza lub specjalisty medycznego.

Świadczenie zdrowotne polega na możliwości uzyskania przez Ubezpieczonego porady telefonicznej od personelu medycznego (Lekarzy, pielęgniarek) w zakresie:

- interny
- medycyny rodzinnej
- pediatrii
- pielęgniarstwa

za pośrednictwem całodobowej ogólnopolskiej Infolinii Operatora.

W sytuacjach medycznie uzasadnionych, personel medyczny udzielający porady Ubezpieczonemu **może**: skierować go na wizytę stacjonarną; zalecić wezwanie do niego zespołu ratownictwa medycznego; przekierować go do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w trybie pilnym.

W ramach Telefonicznej Pomocy Medycznej 24/7 **nie są wystawiane**:

- ✓ **e-recepty** na: szczepionki; leki narkotyczne, leki o silnym działaniu uspokajającym, przeciwbólowym, przeciw lękowym (które wymagają konsultacji stacjonarnej ze względu na wskazania medyczne); preparaty o potencjale uzależniającym; antykoncepcję postkoitalną (tzw. antykoncepcję awaryjną);
- ✓ **e-skierowania** na: badania diagnostyczne obejmujące: procedury z użyciem promieniowania jonizującego; biopsje; badania endoskopowe; próby wysiłkowe.

Decyzja o wystawieniu e-recepty, e-skierowania lub e-zwolnienia w ramach Telefonicznej Pomocy Medycznej 24/7 należy do Lekarza, który kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem Ubezpieczonego, może odmówić ich wystawienia.

Telefoniczna Pomoc Medyczna 24/7 przysługuje wyłącznie Ubezpieczonemu. Korzystanie ze Świadczenia zdrowotnego przez osoby trzecie nie jest dopuszczalne. Osoba uprawniona zobowiązana jest do podania danych zgodnych ze stanem faktycznym, zgodnie z zasadami rzetelności i należytej staranności wymaganej przy korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

Telefoniczna Pomoc Medyczna 24/7 służy do udzielania Ubezpieczonemu zdalnych konsultacji medycznych w sytuacjach niewymagających interwencji w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Ze względu na swój zdalny charakter, świadczenie to nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, gdyż nie umożliwia przeprowadzenia badania fizykalnego.

KONSULTACJE ONLINE

Świadczenie zdrowotne „Konsultacje online” umożliwia Ubezpieczonemu korzystanie interaktywnej indywidualnej rozmowy z Lekarzem, położną lub pielęgniarką, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności udostępnionych przez Operatora. Konsultacje te realizowane są w zakresie:

- interny / medycyny rodzinnej
- pediatrii
- pielęgniarstwa położniczego
- położnictwa

Ze świadczenia mogą korzystać Ubezpieczeni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta (internetowego portalu udostępnionego przez Operatora). Dostępność czasowa „Konsultacji online” z udziałem Lekarza, położnej

lub pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w Portalu Pacjenta – zakładka: "Konsultacje online". Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji spośród udostępnionych przez Ubezpieczyciela w Portalu Pacjenta. Dostęp do świadczenia odbywa się poprzez „ustawienie się” Ubezpieczonego w kolejce w zakładce „Konsultacje online”. Treść „Konsultacji online” jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.

Konsultacja online **nie zastępuje** wizyty stacjonarnej, ponieważ nie umożliwi badania fizykalnego. W przypadkach medycznie uzasadnionych specjalista medyczny może odmówić porady zdalnej i skierować Ubezpieczonego na konsultację stacjonarną.

Konsultacja online przysługuje wyłącznie Ubezpieczonemu. Korzystanie ze świadczenia przez osoby trzecie nie jest dopuszczalne. Ubezpieczony zobowiązany jest do podania danych zgodnych ze stanem faktycznym, zgodnie z zasadami rzetelności i należytej staranności wymaganej przy korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych.

W ramach Konsultacji online specjalista medyczny **może**:

- ✓ wystawić e-receptę (na kontynuację leczenia przewlekłego lub de novo – zgodnie z dokumentacją i wskazaniami medycznymi),
- ✓ wydać zalecenia medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online, orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych,
- ✓ wystawić skierowanie: na badania, do innego specjalisty, na kolejną Konsultację online lub na świadczenie stacjonarne.

Podczas „Konsultacji online” **nie są wystawiane**:

- ✓ e-zwolnienia;
- ✓ kierowania na badania z użyciem promieniowania jonizującego;
- ✓ skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe;
- ✓ e-recepty na: szczepionki, leki narkotyczne, leki o silnym działaniu uspokajającym, przeciwbólowym, przeciwłękowym (które wymagają konsultacji stacjonarnej ze względu na wskazania medyczne), antykoncepcję postkoitalną (antykoncepcja awaryjna).

W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online **może odmówić** zdalnej porady i skierować Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą

Decyzja o wystawieniu e-recepty w ramach „Konsultacji online” należy do Lekarza, który kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem Ubezpieczonego, może odmówić ich wystawienia.

KONSULTACJE LEKARZY – WARIANT PODSTAWOWY

Świadczenie zdrowotne „Konsultacje Lekarzy – wariant podstawowy” umożliwia Ubezpieczonemu skorzystanie z konsultacji Lekarza **bez konieczności posiadania skierowania**. Konsultacje te realizowane są w przypadku wystąpienia: dolegliwości zdrowotnych, nagłych zachorowań oraz w celu uzyskania ogólnej porady medycznej.

Konsultacje mogą być realizowane w następujących formach:

- ✓ w formie wizyt stacjonarnych – w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela;
- ✓ w formie konsultacji zdalnych – za pośrednictwem systemów łączności (rozmowa: telefoniczna, online lub wideo);
- ✓ w formie wizyt stacjonarnych w Centrach Leczenia Infekcji – przeznaczonych dla Ubezpieczonych z objawami infekcji, świadczonych w wybranych Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela.

O formie, w jakiej realizowane są konsultacje, decyduje Ubezpieczyciel – aktualną informację w tym zakresie Ubezpieczony może uzyskać w Portalu Pacjenta (internetowym portalu udostępnianym przez Operatora) lub na Infolinii Operatora.

Zakres Świadczenia zdrowotnego jest uzależniony od formy jego realizacji i **może obejmować**: przeprowadzenie wywiadu medycznego, udzielenie porady przez Lekarza oraz wykonanie podstawowych czynności niezbędnych do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej lub monitorowania procesu leczenia.

Świadczenie zdrowotne dotyczy konsultacji w zakresie:

- interny
- pediatrii
- medycyny rodzinnej

Świadczenie zdrowotne „Konsultacje Lekarzy – wariant podstawowy” **nie obejmuje**: konsultacji udzielanych przez Lekarzy dyżurnych, Lekarzy posiadających stopień doktora habilitowanego, tytuł profesora ani Lekarzy zajmujących stanowiska: profesora nadzwyczajnego lub profesora zwyczajnego.

KONSULTACJE LEKARZY I SPECJALISTÓW MEDYCZYNYCH – WARIANT I

Świadczenie zdrowotne „Konsultacje Lekarzy i specjalistów medycznych – wariant I” umożliwia Ubezpieczonemu korzystanie z konsultacji Lekarzy lub specjalistów medycznych **bez konieczności posiadania skierowania**. Konsultacje te realizowane są w przypadku wystąpienia dolegliwości zdrowotnych, nagłych zachorowań oraz w celu uzyskania ogólnej porady medycznej.

Konsultacje mogą być realizowane w następujących formach:

- ✓ w formie wizyt stacjonarnych – w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela;
- ✓ w formie konsultacji zdalnych – za pośrednictwem systemów łączności (rozmowa: telefoniczna, online lub wideo);
- ✓ w formie wizyt stacjonarnych w Centrach Leczenia Infekcji – przeznaczonych dla Ubezpieczonych z objawami infekcji, świadczonych w wybranych Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela.

O formie, w jakiej realizowane są konsultacje, decyduje Ubezpieczyciel – aktualną informację w tym zakresie Ubezpieczony może uzyskać w Portalu Pacjenta (internetowym portalu udostępnionym przez Operatora) lub na Infolinii Operatora.

Zakres Świadczenia zdrowotnego jest uzależniony od formy jego realizacji i **może obejmować**: przeprowadzenie wywiadu medycznego, udzielenie porady przez Lekarza lub specjalistę medycznego oraz wykonanie podstawowych czynności niezbędnych do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej lub monitorowania procesu leczenia.

Zakres konsultacji uzależniony jest od wieku Ubezpieczonego:

Ubezpieczeni **powyżej 18. roku życia** mogą korzystać z konsultacji w zakresie:

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

Ubezpieczeni **do ukończenia 18. roku życia** mogą korzystać z konsultacji lekarskich w zakresie:

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

Zakres Świadczenia zdrowotnego „Konsultacje Lekarzy i specjalistów medycznych – wariant I” **nie obejmuje**: konsultacji udzielanych przez Lekarzy dyżurnych, Lekarzy posiadających stopień doktora habilitowanego, tytuł profesora ani Lekarzy zajmujących stanowiska: profesora nadzwyczajnego lub profesora zwyczajnego.

ZABIEGI PIELĘGNIARSKIE

Świadczenie zdrowotne „Zabiegi pielęgniarskie” jest realizowane w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela i polega na wykonaniu podstawowych pomiarów oraz drobnych zabiegów, w tym zabiegów diagnostycznych, zgodnie z kompetencjami zawodowymi pielęgniarki lub położnej.

Zakres dostępnych Zabiegów pielęgniarskich jest uzależniony od:

- ✓ zakresu konsultacji Lekarzy, do których Ubezpieczony może korzystać w ramach zawartej Umowy ubezpieczenia;
- ✓ wieku Ubezpieczonego;
- ✓ dostępności danego zabiegu w konkretnej Przychodni wskazanej przez Ubezpieczyciela.

Świadczenie zdrowotne „Zabiegi pielęgniarские” **obejmuje:**

zabiegi **wykonywane na zlecenie Lekarza:**

- iniekcja dożylna
- iniekcja podskórna / domięśniowa
- kroplówka w sytuacji doraźnej
- pobranie krwi
- podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- założenie / zmiana / usunięcie opatrunku małego

zabiegi wykonywane **bez skierowania:**

- świadczenie położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi
- pomiar temperatury ciała
- pomiar ciśnienia tętniczego (RR)
- pomiar wzrostu i masy ciała

Standardowe materiały i środki medyczne użyte podczas wykonywania ww. zabiegów, takie jak: opatrunki, bandaże, venflony, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa oraz środki dezynfekujące, **są zapewniane przez Operatora i nie podlegają dodatkowej opłacie.**

W przypadku wykorzystania innych materiałów lub środków medycznych, nieujętych powyżej, możliwe jest naliczenie dodatkowej opłaty od Ubezpieczonego – zgodnie z obowiązującym cennikiem danej Przychodni wskazanej przez Ubezpieczyciela.

ZABIEGI AMBULATORYJNE – WARIANT I

Świadczenie zdrowotne „Zabiegi ambulatoryjne - wariant I” obejmuje zabiegi pomiaru i zabiegi wykonywane przez Lekarza, pielęgniarkę lub innego specjalistę medycznego, zgodnie z ich kompetencjami, w ramach:

- ✓ konsultacji lekarskiej, podczas której zachodzi potrzeba wykonania danego zabiegu, lub
- ✓ osobnej wizyty zabiegowej, niewymagającej konsultacji lekarskiej.

Zabiegi wykonywane są w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela, **bez konieczności Hospitalizacji ani użycia reżimu sali operacyjnej.**

Zakres dostępnych zabiegów uzależniony jest od:

- ✓ zakresu konsultacji Lekarzy i specjalistów medycznych przysługujących Ubezpieczonemu,
- ✓ wieku Ubezpieczonego,
- ✓ ich dostępności w danej Przychodni.

Jeżeli zabieg ambulatoryjny został poniżej oznaczony „**standardowy***” należy przez to rozumieć świadczenia powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz praktyką kliniczną przyjętą w warunkach systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Zakres Świadczenia zdrowotnego „Zabiegi ambulatoryjne – wariant I” **obejmuje:**

Podstawowe ambulatoryjne zabiegi medyczne:

- pomiar ciśnienia tętniczego (RR)
- usunięcie kleszcza - niechirurgiczne
- pomiar wzrostu i masy ciała

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- szycie rany do 3 cm
- usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia
- usunięcie kleszcza – chirurgiczne
- usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza Przychodniami wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza Operatora (nie wykonujemy zdejmowania szwów po porodzie)
- usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela
- założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela
- katetyzacja trąbki słuchowej
- płukanie ucha
- usunięcie ciała obcego z nosa / ucha
- usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza Przychodniami wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza Operatora
- proste opatrunki laryngologiczne
- koagulacja naczyń przegrody nosa
- elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa
- donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- usunięcie tamponady nosa
- zaopatrzenie jednostronnego krwotoku z nosa
- zaopatrzenie dwustronnego krwotoku z nosa
- założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- badanie ostrości widzenia
- dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- płukanie kanalików łzowych (dla Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.)
- podanie leku do worka spojówkowego
- standardowe* badanie autorefraktometrem
- standardowe* badanie dna oka
- standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- usunięcie ciała obcego z oka

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- test HPV HR z ewentualną cytologią LBC (w przypadku dodatniego wyniku HPV HR)

Znieczulenia:

- znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchniowe

Standardowe materiały i środki medyczne użyte podczas wykonywania ww. zabiegów, takie jak: opatrunki, bandaże, venflony, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa oraz środki dezynfekujące, są zapewniane przez Ubezpieczyciela i **nie podlegają dodatkowej opłacie**.

W przypadku wykorzystania innych materiałów lub środków medycznych, nieuwjętych powyżej, możliwe jest **naliczenie dodatkowej opłaty** od Ubezpieczonego – zgodnie z obowiązującym cennikiem w danej Przychodni.

PANEL BADAŃ LABORATORYJNYCH BEZ SKIEROWANIA

Świadczenie zdrowotne „Panel badań laboratoryjnych bez skierowania” umożliwi Ubezpieczonemu wykonanie **1 raz w ciągu każdego 12-miesięcznego Okresu ochrony** określonego poniżej zestawu badań laboratoryjnych.

Świadczenie zdrowotne realizowane jest **bez konieczności posiadania skierowania** w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela.

Jeżeli badanie laboratoryjne zostało oznaczone poniżej jako „**standardowe***” należy przez to rozumieć świadczenia powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz praktyką kliniczną przyjętą w warunkach systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Zakres badań laboratoryjnych uzależniony jest od wieku Osoby uprawnionej i **obejmuje:**

W przypadku Ubezpieczonych **powyżej 18 roku życia:**

- beta HCG
- glukoza na czczo

- lipidogram
- mocz – badanie ogólne
- morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- TSH
- test HPV HR z ewentualną cytologią LBC (w przypadku dodatniego wyniku HPV HR) - częstotliwość wykonania badania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i stanowiskami ekspertów (Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników i Polskie Towarzystwo Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy).

W przypadku Ubezpieczonych **do ukończenia 18 roku życia:**

- CRP paskowe
- glukoza na czczo
- lipidogram
- mocz – badanie ogólne
- morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- test HPV HR z ewentualną cytologią LBC (w przypadku dodatniego wyniku HPV HR) - częstotliwość wykonania badania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i stanowiskami ekspertów (Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników i Polskie Towarzystwo Kolposkopii i Patofizjologii Szyjki Macicy) – dostępne dla Ubezpieczonych od 16. r.ż.

BADANIA DIAGNOSTYCZNE – WARIANT PODSTAWOWY

Świadczenia zdrowotne „Badania diagnostyczne – wariant podstawowy” realizowane są:

- ✓ **na podstawie skierowania** wystawionego przez Lekarza, wyłącznie w oparciu o wskazania medyczne w toku prowadzonego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego;
- ✓ w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela.

O ile poniżej nie wskazano inaczej Świadczenie zdrowotne „Badania diagnostyczne - wariant podstawowy” **nie obejmuje:**

- ✓ diagnostyki laboratoryjnych z wykorzystaniem testów paskowych;
- ✓ badań wykonywanych technikami biologii molekularnej;
- ✓ diagnostyki obrazowej w zakresie ultrasonografii (USG) z zastosowaniem technik takich jak: Doppler, 3D, 4D czy elastografia.

Jeżeli badanie z zakresu „Badania diagnostyczne – wariant podstawowy” zostało oznaczone jako „**standardowe***” należy przez to rozumieć świadczenia powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz praktyką kliniczną przyjętą w warunkach systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Wyniki badań diagnostycznych przekazywane są Ubezpieczonym **na nośniku zgodnym ze standardami obowiązującymi** w danej Przychodni.

Zakres badań **obejmuje wyłącznie** procedury niezbędne do oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną oraz obowiązującymi standardami leczenia i diagnostyki:

Diagnostyka laboratoryjna:

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

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

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

- bilirubina całkowita
- chlorki / Cl
- cholesterol
- glukoza 60' po jedzeniu
- glukoza 120' po jedzeniu
- glukoza na czczo

- glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie
- glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach
- glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 3 godzinach
- 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
- PSA całkowite
- sód / Na
- transaminaza GOT / AST
- transaminaza GPT / ALT
- TSH / hTSH
- 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)

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

- serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP)
- HBs Ag / antygen

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

- mocz – badanie ogólne

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania:

- posiew moczu
- kał posiew ogólny

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- kał badanie ogólne

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- test HPV HR z ewentualną cytologią LBC (w przypadku dodatniego wyniku HPV HR)

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

- cholesterol badanie paskowe
- troponina – badanie paskowe
- glukoza badanie glukometrem

Diagnostyka obrazowa:

Badania rentgenowskie:

- RTG czaszki oczodoły
- 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 mostka / boczne klatki piersiowej
- RTG mostka AP
- RTG oczodołów + boczne (2 projekcje)
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach

Badania ultrasonograficzne:

- USG jamy brzusznej

Inne badania diagnostyczne:

- audiometr standardowy*
- badanie EKG – spoczynkowe
- spirometria bez leku

Postęp technologiczny może powodować zmiany w nazwach oraz technikach wykonywania badań diagnostycznych:

- ✓ jeżeli nowa metoda badania **nie skutkuje zmianą celu i zakresu badania** zgodnie z jego pierwotnym przeznaczeniem - zmiany te **nie wpływają na zakres** Świadczenia zdrowotnego „Badania diagnostyczne – wariant podstawowy”;
- ✓ jeżeli nowa metoda badania **skutkuje rozszerzeniem zakresu badania** ponad zakres określony zgodnie z jego pierwotnym przeznaczeniem, **dodatkowe elementy badania nie wchodzą** w zakres Świadczenia zdrowotnego „Badania diagnostyczne – wariant podstawowy”, a ich realizacja może spowodować **naliczenie dodatkowej opłaty** od Ubezpieczonego.