

Załącznik nr 2: do Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego PROMED

WARIANT UBEZPIECZENIA – STANDARDOWY

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
- pediatrii
- medycyny rodzinnej
- 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, przeciwłękowym (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 umożliwia 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 korzystanie 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 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 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 MEDYCZNYCH – WARIANT I PLUS

Świadczenie zdrowotne „Konsultacje Lekarzy i specjalistów medycznych – wariant I plus” 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:

- alergologii
- nefrologii
- pulmonologii
- chirurgii ogólnej
- neurologii
- reumatologii
- diabetologii
- okulistyki
- urologii
- ginekologii
- optometrii
- laryngologii
- proktologii

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

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

Świadczenie zdrowotne „Konsultacje Lekarzy i specjalistów medycznych – wariant I plus” 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 DYŻURNYCH – WARIANT I

Świadczenie zdrowotne „Konsultacje Lekarzy dyżurnych – wariant I” **obejmuje wyłącznie podstawową pomoc doraźną** w przypadku nagłego zachorowania, które wystąpiło **nie wcześniej niż 24 godziny** przed zgłoszeniem przez Ubezpieczonego do Operatora chęci odbycia konsultacji.

Konsultacje z Lekarzem dyżurnym odbywają się **wyłącznie w dniu zgłoszenia**, w godzinach pracy Przychodni wskazanych przez Ubezpieczyciela, o ile konsultacje te są dostępne w ramach danej Przychodni.

Świadczenie zdrowotne **obejmuje**: wywiad, poradę Lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- interny
- pediatrii
- medycyny rodzinnej

Świadczenie zdrowotne: **nie obejmuje** interwencji medycznych realizowanych w celu ratowania życia i zdrowia w ramach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego (zgodnie z Ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym z późn. zm.).

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 pielęgniarskie” **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, bandaż, 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, nieuwjętych 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.

SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE I TĘŻCOWI

Świadczenie zdrowotne „Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi” jest realizowane w ramach profilaktyki chorób zakaźnych i **obejmuje** szczepienie przeciwko grypie sezonowej oraz szczepienie przeciwko tężcowi (za pomocą anatoksyny tężcowej).

W ramach Świadczenia zdrowotnego Ubezpieczony może skorzystać z:

- konsultacji lekarskiej lub pielęgniarzkiej przed szczepieniem
- szczepionki (preparatu)
- wykonania świadczenia pielęgniarzkiego w postaci iniekcji

Szczepienia przeciwko grypie i tężcowi realizowane są w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela.

Ubezpieczyciel ma również możliwość zorganizowania wyjazdowych szczepień przeciwko grypie sezonowej w miejscu wskazanym przez Pracodawcę Ubezpieczonych, dla grup liczących powyżej 30 osób.

PANEL BADAŃ LABORATORYJNYCH BEZ SKIEROWANIA

Świadczenie zdrowotne „Panel badań laboratoryjnych bez skierowania” umożliwia 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 I

Świadczenia zdrowotne „Badania diagnostyczne – wariant I” 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.

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

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

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

Jeżeli badanie z zakresu „Badania diagnostyczne – wariant I” 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.

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
- czas trombinowy – TT
- eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi
- fibrynogen
- INR / Czas protrombinowy
- morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR

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

- AFP – alfa-fetoproteina
- albuminy
- amylaza
- apolipoproteina A1
- białko całkowite
- bilirubina bezpośrednia
- bilirubina całkowita
- całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC
- CEA – antygen carcinoembrionalny
- ceruloplazmina
- chlorki / Cl
- cholesterol
- CK (kinaza kreatynowa)
- CRP ilościowo
- ferrytyna
- fosfataza kwaśna
- fosfataza zasadowa
- fosfor / P
- GGTP
- 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

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.

ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

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

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

- 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
- HDL Cholesterol
- immunoglobulin IgA
- immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
- immunoglobulin IgG
- immunoglobulin IgM
- kreatynina
- kwas foliowy
- kwas moczowy
- LDH – dehydrogen. mlecz.
- LDL Cholesterol
- LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio
- lipaza
- lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
- magnez / Mg
- miedź
- mocznik / azot mocznikowy/ BUN
- potas / K
- proteinogram
- PSA – wolna frakcja
- PSA całkowite
- sód / Na
- T3 Wolne
- T4 Wolne
- total Beta-hCG
- beta-hCG- marker nowotworowy
- transaminaza GOT / AST
- transaminaza GPT / ALT
- transferyna
- trójglicerydy
- TSH / hTSH
- tyreoglobulina
- wapń / Ca
- witamina B12
- 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:

- ASO ilościowo
- CMV (Cytomegalovirus) IgG
- CMV (Cytomegalovirus) IgM
- EBV / Mononukleoz – lateks
- EBV / Mononukleoz IgG
- EBV / Mononukleoz IgM
- grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przegldowe
- HBs Ab / przeciwciała
- HBs Ag / antygen
- HIV I / HIV II
- odczyn Waaler-Rose
- p / ciała odpornościowe przegldowe / allo-przeciwciała
- RF – czynnik reumatoidalny – ilościowo
- serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP)
- test BTA
- toksoplazmoza IgG
- toksoplazmoza IgM

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

- mocz – badanie ogólne
- białko w moczu
- białko całkowite / DZM
- fosfor w moczu
- fosfor w moczu / DZM
- kreatynina w moczu

- kreatynina w moczu / DZM
- kwas moczowy w moczu / DZM
- kwas moczowy w moczu
- magnez / Mg w moczu
- magnez / Mg w moczu DZM
- mocznik / azot mocznikowy / BUN / w moczu DZM
- mocznik / azot mocznikowy / BUN w moczu
- sód / Na w moczu
- sód / Na w moczu / DZM
- wapń w moczu
- wapń w moczu / DZM
- potas / K w moczu
- potas / K w moczu / DZM
- ołów / Pb w moczu

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania:

- czystość pochwy (biocenoza pochwy)
- kał posiew ogólny
- kał posiew w kierunku SS
- posiew moczu
- posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
- posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- wymaz z gardła / migdałków – posiew tlenowy
- wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy
- wymaz z języka – posiew tlenowy
- wymaz z kanału szyjki macicy
- wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy
- 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

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- kał badanie ogólne
- krew utajona w kale / F.O.B.

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

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

Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania:

- kał posiew w kierunku grzybów drożdż.
- posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.
- wymaz z gardła / migdałków posiew w kierunku grzybów drożdż.
- wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdż
- wymaz z języka 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.

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

- cholesterol badanie paskowe
- CRP – test paskowy
- glukoza badanie glukometrem
- troponina – badanie paskowe

Diagnostyka obrazowa:

Badania rentgenowskie:

- mammografia
- mammografia – zdjęcie celowane
- RTG barku (przez klatkę)
- RTG barku / ramienia – osiowe
- RTG barku / ramienia – osiowe obu
- RTG barku / ramienia AP

- RTG barku / ramienia AP + bok
- RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze
- RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze
- RTG barku AP + osiowe
- RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych
- RTG czaszki oczodoły
- 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 czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
- RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego
- RTG jamy brzusznej inne
- RTG jamy brzusznej na leżąco
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej inne
- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
- RTG kości krzyżowej i guzicznej
- RTG kości łódeczkowatej
- RTG kości skroniowych transorbitalne
- RTG kości skroniowych wg Schullera / Steversa
- RTG kości śródstopia
- RTG kości udowej AP + bok lewej
- RTG kości udowej AP + bok prawej
- RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
- RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa lędźwiowego bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy
- RTG kręgosłupa piersiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa piersiowego bok
- RTG kręgosłupa piersiowego skosy
- RTG kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
- RTG kręgosłupa szyjnego skosy
- RTG łokcia / przedramienia AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok
- RTG łopatki
- RTG miednicy i stawów biodrowych
- RTG mostka / boczne klatki piersiowej
- RTG mostka AP
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu
- RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego
- RTG nadgarstka boczne
- RTG nadgarstka boczne – obu
- RTG nadgarstka PA + bok
- RTG nadgarstka PA + bok obu
- RTG nosa boczne
- RTG nosogardła
- RTG obojczyka
- RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos
- RTG oczodołów + boczne (2 projekcje)
- RTG palca / palców stopy AP + bok / skos
- RTG palec / palce PA + bok / skos
- RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk
- RTG pięty + osiowe
- RTG pięty boczne
- RTG piramid kości skroniowej transorbitalne
- RTG podudzia (goleni) AP + bok
- RTG podudzia (goleni) AP + bok obu

- RTG przedramienia AP + bok
- RTG przedramienia obu przedramion AP + bok
- RTG ręki bok
- RTG ręki PA
- RTG ręki PA + skos
- RTG ręki PA + skos obu
- RTG ręki PA 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 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 twarzoczaszki
- RTG zatok przynosowych
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG żuchwy

Badania ultrasonograficzne:

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

Rezonans magnetyczny bez środków kontrastowych:

- rezonans magnetyczny głowy

Tomografia komputerowa bez środków kontrastowych:

- tomografia komputerowa głowy

Badania endoskopowe:

- anoskopia

Inne badania diagnostyczne:

- audiometr standardowy*
- badanie EKG – spoczynkowe
- spirometria bez leku
- standardowa* próba wysiłkowa

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 I”;
- ✓ 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 I”, a ich realizacja może spowodować **naliczenie dodatkowej opłaty** od Ubezpieczonego.

STOMATOLOGIA – WARIANT I

Dyżur stomatologiczny

Świadczenie zdrowotne „Stomatologia – wariant I, Dyżur stomatologiczny” umożliwi Ubezpieczonemu skorzystanie z doraźnej pomocy stomatologicznej w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku.

Świadczenie zdrowotne, w zależności od Przychodni, **obejmuje** pokrycie albo zwrot kosztów udzielenia Ubezpieczonemu doraźnej pomocy stomatologicznej – **maksymalnie do kwoty 350 zł na jedno i wszystkie przypadki** leczenia stomatologicznego w trybie doraźnym **w każdym 12-miesięcznym Okresie ochrony**.

W zakres Świadczenia zdrowotnego realizowanego **w trybie doraźnym wchodzi wyłącznie:**

- dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem – pomoc doraźna
- dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem – pomoc doraźna
- odbarczenie ropnia przyzębnego – pomoc doraźna
- opatrunek leczniczy w zębie mlecznym – pomoc doraźna
- opatrunek leczniczy w zębie stałym – pomoc doraźna
- usunięcie zęba jednokorzeniowego – pomoc doraźna
- usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego – pomoc doraźna
- usunięcie zęba wielokorzeniowego – pomoc doraźna
- usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego – pomoc doraźna
- usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego – pomoc doraźna
- płukanie suchego zębodołu + założenie leku – pomoc doraźna
- RTG punktowe zdjęcie zęba – pomoc doraźna
- usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrz-zębodołowe – pomoc doraźna
- repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba – pomoc doraźna
- nacięcie ropnia zębopochodnego włącznie z drenażem – pomoc doraźna
- znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiętkowe – pomoc doraźna
- znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe – pomoc doraźna
- znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnętrzne – pomoc doraźna

Świadczenie zdrowotne realizowane jest wyłącznie poza godzinami pracy Przychodni własnych Operatora.

Warunkiem realizacji Świadczenia zdrowotnego „Stomatologia – wariant I, Dyżur stomatologiczny” jest zgłoszenie przez Ubezpieczonego potrzeby skorzystania z Dyżuru stomatologicznego poprzez Infolinię Operatora dostępną pod numerem telefonu (22) 33 22 888, a następnie wykonanie usług we wskazanej przez Operatora Przychodni, zgodnie z instrukcją pracownika Infolinii Operatora.

W przypadku, gdy w danej Przychodni nie można zrealizować Świadczenia zdrowotnego bezgotówkowo, Ubezpieczony pokrywa koszt jej wykonania zgodnie z obowiązującym w danej Przychodni cennikiem, a następnie składa wniosek o zwrot poniesionych kosztów dołączając do wniosku oryginały faktur albo rachunków za wykonane Świadczenia zdrowotne.

Faktura albo rachunek powinny zawierać:

- ✓ dane Ubezpieczonego na rzecz, którego zostały wykonane Świadczenia zdrowotne w ramach doraźnej pomocy stomatologicznej (co najmniej imię, nazwisko, adres). Jeżeli Ubezpieczony jest niepełnoletni faktura powinna być wystawiona na opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego, a w treści faktury powinny się znaleźć dane niepełnoletniego Ubezpieczonego na rzecz, której wykonane zostały Świadczenia zdrowotne;
- ✓ wykaz wykonanych na rzecz Ubezpieczonego Świadczeń zdrowotnych (stanowiący treść faktury) lub załącznik w postaci specyfikacji wystawiony przez Przychodnię wykonującą te Świadczenia wraz z wyszczególnieniem nazw poszczególnych Świadczeń zdrowotnych lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącą zrealizowanych Świadczeń zdrowotnych;

- ✓ liczbę zrealizowanych Świadczeń zdrowotnych danego rodzaju;
- ✓ datę wykonania Świadczeń zdrowotnych;
- ✓ cenę jednostkową każdego zrealizowanego Świadczenia zdrowotnego.

Wniosek o zwrot kosztów wraz z dokumentami poświadczającymi ich poniesione Ubezpieczony powinien przesłać do Ubezpieczyciela w terminie nie dłuższym niż 3 miesiące od daty wykonania na jego rzecz Świadczenia zdrowotnego. Adres korespondencyjny, na który należy przesłać Wniosek o refundację znajduje się na formularzu wniosku.

Ubezpieczyciel dokona zwrotu kosztów (refundacji) w terminie do 30 dni od daty doręczenia poprawnie i kompletnego Wniosku, przelewem na numer rachunku bankowego Ubezpieczonego (w przypadku niepełnoletnich Ubezpieczonych na rachunek opiekuna faktycznego lub przedstawiciela ustawowego) wskazany we Wniosku. W przypadku, gdy w trakcie weryfikacji Wniosku Ubezpieczyciel wystąpi do Ubezpieczonego o jego uzupełnienie lub uzupełnienie załączonej dokumentacji poświadczającej poniesienie kosztów – termin wypłaty, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, może ulec wydłużeniu.

Wniosek o zwrot poniesionych kosztów dostępny jest na stronie www.luxmed.pl

Jeżeli dokonaniu zwrotu kosztów Ubezpieczyciel uzyska dowody, iż został wprowadzony w błąd – co do wysokości należnego zwrotu kosztów lub co do tożsamości Ubezpieczonego uprawnionego do otrzymania zwrotu kosztów – w wyniku czego dokonany zwrot w całości lub w części stał się nienależny, Ubezpieczyciel może wystąpić do Ubezpieczonego, który otrzymał zwrot kosztów o jej zwrot w całości lub części wraz odstępami ustawowymi liczonymi od dnia dokonania przelewu kwoty zwrotu kosztów.

Profilaktyka stomatologiczna

Świadczenie zdrowotne „Stomatologia – wariant I, Profilaktyka stomatologiczna” umożliwia Ubezpieczonemu skorzystanie z **1 konsultacji Lekarza stomatologa** przyjmującego w zakresie **stomatologii zachowawczej, w każdym 12 miesięcznym Okresie ochrony.**

Świadczenie zdrowotne realizowane jest wyłącznie w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela i **obejmuje:** badanie lekarskie stomatologiczne mające na celu ocenę stanu uzębienia Ubezpieczonego przez Lekarza stomatologa oraz wykonanie zabiegów higieny jamy ustnej przez higienistkę stomatologiczną.

W zakres Świadczenia zdrowotnego realizowanego **obejmuje:**

- 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 naddziąstkowych /scaling/ uzupełniające
- usunięcie złogów naddziąstkowych /scaling/ z 1 łuku zębowego
- usunięcie złogów naddziąstkowych /scaling/ ze wszystkich zębów
- usuwanie osadu - piaskowanie
- indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową

Znieczulenia

Świadczenie zdrowotne „Stomatologia – wariant I, Znieczulenia” umożliwia Ubezpieczonemu skorzystanie w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela ze znieczulenia do zabiegów stomatologicznych i **obejmuje** następujące jego rodzaje:

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

Świadczenie zdrowotne „Stomatologia – wariant I, Znieczulenia” **nie obejmuje** stomatologicznych Świadczeń zdrowotnych wykonywanych **w znieczuleniu ogólnym**.

Stomatologia zachowawcza

Świadczenie zdrowotne „Stomatologia – wariant I, Stomatologia zachowawcza” umożliwi Ubezpieczonemu w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela skorzystanie z **konsultacji Lekarza stomatologa** przyjmującego **w zakresie stomatologii zachowawczej**.

Ponadto Ubezpieczony może skorzystać z **rabatu 10%** od cennika danej Przychodni wskazanej przez Ubezpieczyciela **na zabiegi stomatologiczne** z zakresu **stomatologii zachowawczej** realizowane w tej Przychodni:

- badanie żywotność zęba
- ćwiek okołomiazgowy
- kauteryzacja brodawki dziąsłowej
- kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa - licówka z kompozytu
- kosmetyczne pokrycie przebarwienia zębiny w zębach przednich - licówka z kompozytu
- leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej
- odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych standardowym kompozytem światłoutwardzalnym
- opatrunek leczniczy w zębie stałym
- płukanie kieszonki dziąsłowej
- płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku
- wypełnienie glasjonomer
- wypełnienie ubytku korony zęba na 1 powierzchni standardowym kompozytem światłoutwardzalnym
- wypełnienie ubytku korony zęba na 2 powierzchniach standardowym kompozytem światłoutwardzalnym
- wypełnienie ubytku korony zęba na 3 powierzchniach standardowym kompozytem światłoutwardzalnym

Pedodoncja

Świadczenie zdrowotne „Stomatologia – wariant I, Pedodoncja” umożliwi Ubezpieczonemu w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela skorzystanie z **konsultacji Lekarza stomatologa** przyjmującego **w zakresie pedodoncji**.

Ponadto Ubezpieczony może skorzystać z rabatu 10% od cennika danej Przychodni wskazanej przez Ubezpieczyciela **na zabiegi stomatologiczne** z zakresu **pedodoncji** realizowane w tej Przychodni:

- amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieuformowanym korzeniem
- amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego
- dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem
- impregnacja zębiny - każdy ząb
- leczenie endodontyczne zęba mlecznego
- leczenie zgorzeli miazgi zęba mlecznego
- opatrunek leczniczy w zębie mlecznym
- wizyta adaptacyjna (dzieci) - stomatologia
- wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni lecznicze
- wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni
- 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
- zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – limit 8

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

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

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

Chirurgia stomatologiczna

Świadczenie zdrowotne „Stomatologia – wariant I, Chirurgia stomatologiczna” umożliwia Ubezpieczonemu w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela skorzystanie z **konsultacji Lekarza stomatologa** przyjmującego w zakresie **chirurgii stomatologicznej**.

Ponadto Ubezpieczony może skorzystać z **rabatu 10%** od cennika danej Przychodni wskazanej przez Ubezpieczyciela **na zabiegi stomatologiczne** z zakresu **chirurgii stomatologicznej** realizowane w tej Przychodni:

- nacięcie ropnia zębopochodnego - włącznie z drenażem
- operacyjne odstąpienie zęba zatrzymanego
- operacyjne odstąpienie zęba zatrzymanego z doklejeniem zamka
- operacyjne usunięcie zęba częściowo zatrzymanego
- operacyjne usunięcie zęba skomplikowane chirurgicznie
- plastyka wędzidełka wargi, policzka, języka stomatologia
- płukanie suchego zębodołu + założenie leku
- pobranie wycinka w jamie ustnej
- repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba
- 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 wewnątrz- bodołowe
- usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrz- bodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo- okostnowego
- usunięcie zęba wielokorzeniowego
- usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego
- wycięcie kaptura dziąsłowego w obrębie 1 zęba
- wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej, mucocele stomatologia
- wyłuszczenie torbieli zębopochodnej
- założenie opatrunku chirurgicznego stomatologia

Stomatologiczne badania rentgenowskie

Świadczenie zdrowotne „Stomatologia – wariant I, Stomatologiczne badanie rentgenowskie” umożliwia Ubezpieczonemu w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela skorzystanie z **rabatem 10%** od cennika tej Przychodni, **na podstawie skierowania** wystawionego przez Lekarza stomatologa z:

- RTG punktowe zdjęcie zęba

Wynik badania wydawany jest Ubezpieczonemu na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej Przychodni.

Gwarancja

Osobie uprawnionej przysługuje **24. miesięczna gwarancja** na ostateczne wypełnienia zachowawcze zastosowane w zębach stałych.

Warunkiem jej uzyskania jest systematyczne korzystanie przez Ubezpieczonego **co najmniej 1 raz w każdym 12-miesięcznym Okresie ochrony** lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu w Przychodniach wskazanych przez Ubezpieczyciela z następujących Świadczeń zdrowotnych:

- ✓ kontrolne wizyty u Lekarza stomatologa i
- ✓ zabiegi higienicznych realizowane przez Lekarza stomatologa lub higienistkę stomatologiczną polegających na: oczyszczaniu zębów z kamienia i osadu oraz fluoryzacja, i
- ✓ przestrzeganie zaleceń Lekarza stomatologa i
- ✓ utrzymywanie stanu higieny jamy ustnej wg. zaleceń Lekarza stomatologa i/lub higienistki.

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, przeżyta radioterapia i chemioterapia), wypełnień traktowanych jako tymczasowe (np. założonych do czasu wykonania pracy protetycznej).

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.

ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED 

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

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