

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego "Pakiet Medyczny MAX"

§ 1

POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego "Pakiet Medyczny MAX" zwane dalej „OWU”, mają zastosowanie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego na rzecz Klientów P4 Sp. z o.o., zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy spółką pod firmą P4 Sp. z o.o., zwaną dalej „Ubezpieczającym”, a spółką pod firmą Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, zwaną dalej „Ubezpieczycielem”. Na mocy niniejszych OWU Ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapewnienia każdemu Ubezpieczonemu dostępu do Świadczeń Zdrowotnych, za co Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składki ubezpieczeniowej.

§ 2

DEFINICJE

Terminom użytym w OWU oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść Umowy Ubezpieczenia nadano następujące znaczenia:

- 1) **Abonent** – osoba fizyczna, która zawarła z P4 Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie na piśmie Umowę o świadczenie usług telekomunikacyjnych, niezwiązaną bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową;
- 2) **Choroba** - reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu, prowadząca do zaburzeń czynnościowych lub zmian organicznych w tkankach, narządach lub całym ustroju Ubezpieczonego, która nastąpiła w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 3) **Dziecko** - dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko przez niego przysposobione, które w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ukończyło 31 dzień życia i nie ukończyło 18 roku życia lub 25 roku życia w przypadku uczęszczania do szkoły wyższej w rozumieniu ustawy z dnia 27 lipca 2005 roku Prawo o szkolnictwie wyższym (Dz.U.2005.164.1365), zgłoszone przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia w ramach Pakietu Partnerskiego MAX lub Pakietu Rodzinnego MAX;
- 4) **Karta Klienta** - karta wydana przez Ubezpieczyciela, uprawniająca do korzystania ze świadczeń w placówkach Świadczeniodawcy, ważna tylko wraz z dokumentem ze zdjęciem potwierdzającym tożsamość Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;
- 5) **Miesiąc ochrony lub Miesiąc** – okres miesięczny, rozpoczynający się w pierwszym dniu miesiąca kalendarzowego, za który została zapłacona składka;
- 6) **Współmałżonek** - osoba zgłoszona przez Ubezpieczonego do objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach Pakietu Partnerskiego MAX lub Pakietu Rodzinnego MAX, która na dzień zgłoszenia do ubezpieczenia ukończyła 18 rok życia i nie ukończyła 65 roku życia oraz pozostaje z Ubezpieczonym w związku małżeńskim, z zastrzeżeniem, iż na potrzeby niniejszych OWU w każdym miejscu, gdzie jest mowa o Współmałżonku należy rozumieć także Partnera zgodnie z definicją w pkt 12);
- 7) **Nieszczęśliwy Wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela;
- 8) **Pakiet Medyczny MAX (Pakiet)** - ubezpieczenie zdrowotne dostępne w jednym z następujących wariantów: Pakiet Indywidualny MAX, Pakiet Partnerski MAX, Pakiet Rodzinny MAX;
- 9) **Pakiet Indywidualny MAX** - pakiet ubezpieczenia, w ramach, którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony;
- 10) **Pakiet Partnerski MAX** - pakiet ubezpieczenia, w ramach, którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony oraz Współmałżonek albo jedno Dziecko;
- 11) **Pakiet Rodzinny MAX** - pakiet ubezpieczenia, w ramach, którego ochroną ubezpieczeniową objęty jest Ubezpieczony, Współmałżonek oraz maksymalnie dwoje Dzieci;
- 12) **Partner** – osoba prowadząca z Ubezpieczonym wspólne gospodarstwo domowe, niepozostająca z nim w związku małżeńskim, niezłączona pokrewieństwem, ani stosunkiem prawnym takim jak przysposobienie lub powinowactwo; Partner zostaje zgłoszony do objęcia ochroną ubezpieczeniową zgodnie z postanowieniami pkt 6), a jego zmiana możliwa jest raz w roku w trybie określonym w § 4 ust. 15;
- 13) **Placówka medyczna** - szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

- 14) **Składka** – kwota należna Ubezpieczycielowi od Ubezpieczającego za każdy Miesiąc ochrony, z tytułu udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- 15) **Świadczeniodawca** - zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany przez organ uprawniony do rejestracji zakładów opieki zdrowotnej, wskazany przez Ubezpieczyciela, zapewniający wykonanie Świadczeń Zdrowotnych określonych w § 5;
- 16) **Świadczenia Zdrowotne** - procedury medyczne i diagnostyczne, o których mowa w § 5, świadczone przez wykwalifikowany personel medyczny Świadczeniodawcy podczas leczenia lub podczas działań profilaktycznych;
- 17) **Ubezpieczony** – Abonent, który ukończył 18 rok życia i nie ukończył 65 roku życia, którego zdrowie podlega ochronie ubezpieczeniowej;
- 18) **Umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych** – umowa o świadczenie usług telekomunikacyjnych zawarta na piśmie pomiędzy Abonentem, a Ubezpieczającym, na podstawie której Abonent korzysta ze stałego dostępu do sieci telekomunikacyjnej Ubezpieczającego oraz świadczonych przez niego usług telekomunikacyjnych;
- 19) **Współubezpieczony** – osoba zgłoszona przez Ubezpieczonego do ubezpieczenia uprawniona do korzystania ze Świadczeń Zdrowotnych na podstawie niniejszych OWU; w myśl postanowień niniejszych OWU Współubezpieczonym może być Współmałżonek i/lub Dziecko;
- 20) **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** - zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego:
 - a) choroby zdefiniowanej w pkt 2),
 - b) obrażeń ciała będących następstwem Nieszczęśliwego Wypadku zdefiniowanego w pkt 7),
 - c) stanu ciąży.

§ 3

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy Ubezpieczenia polega na zapewnieniu Ubezpieczonemu dostępu do Świadczeń Zdrowotnych, określonych w Załączniku nr 1 do OWU, na zasadach określonych w § 5 OWU, w razie zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 20).
3. W ramach Pakietu Partnerskiego MAX lub Pakietu Rodzinnego MAX, na wniosek Ubezpieczonego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela zostanie rozszerzona na Współmałżonka i/lub Dzieci Ubezpieczonego.

§ 4

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Z zastrzeżeniem postanowienia § 3 ust. 3 OWU, ochroną ubezpieczeniową może zostać objęta osoba fizyczna, mająca miejsce zamieszkania w Polsce, która spełnia łącznie poniższe warunki:
 - 1) zawarła z Ubezpieczającym Umowę o świadczenie usług telekomunikacyjnych,
 - 2) złożyła wymagane oświadczenia, w szczególności o woli przystąpienia do ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia,
 - 3) w dniu obejmowania ochroną ubezpieczeniową ukończyła 31 dzień życia i nie ukończyła 65 roku życia,
 - 4) podała do wiadomości Ubezpieczyciela numer PESEL;
2. Wymogów z § 4 ust. 1 pkt 1) oraz pkt 2) nie stosuje się do objęcia ochroną Współubezpieczonych.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym została naliczona składka, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego składki za okres świadczonej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na okres Miesiąca ochrony i ulega przedłużeniu na następny Miesiąc pod warunkiem, że Ubezpieczony nie złoży rezygnacji (w tym ze skutkiem odstąpienia) z ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ochrona ubezpieczeniowa jest wznawiana na kolejne Miesiące ochrony przy zachowaniu niezmiennych warunków, chyba że Ubezpieczyciel poinformuje wcześniej Ubezpieczonego o ich zmianie, zgodnie z ust. 6.
6. Ubezpieczyciel zachowuje prawo do zmiany warunków ubezpieczenia przy wznawianiu ubezpieczenia na kolejny Miesiąc ochrony, pod warunkiem poinformowania Ubezpieczonego o tych zmianach w terminie co najmniej dwóch miesięcy kalendarzowych przed datą ich wejścia w życie. Informacja o zmianie warunków zostanie przekazana Ubezpieczonemu przez Ubezpieczyciela w formie elektronicznej lub pisemnej.
7. W przypadku, gdy po wysłaniu do Ubezpieczonego informacji o zmianie warunków ubezpieczenia, Ubezpieczony nie złoży rezygnacji w sposób określony w ust. 8 w ciągu 14 dni od otrzymania zawiadomienia o zmianie warunków ubezpieczenia uznaje się, że Ubezpieczony zaakceptował zmienione warunki. W

- przypadku złożenia rezygnacji, ochrona ubezpieczeniowa zakończy się z upływem ostatniego dnia Miesiąca następującego po Miesiącu, kiedy Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ochrony.
8. Ubezpieczony może zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej w każdym czasie składając Ubezpieczycielowi oświadczenie woli w tym zakresie w formie pisemnej lub telefonicznie, dzwoniąc pod wyznaczony przez Ubezpieczyciela numer telefonu 22 529 17 62. W razie, kiedy oświadczenie woli o rezygnacji Ubezpieczonego zostanie złożone Ubezpieczycielowi do 20 dnia danego Miesiąca ochrony, ochrona ubezpieczeniowa zakończy się z upływem ostatniego dnia Miesiąca następującego po Miesiącu, kiedy Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ochrony.
 9. W razie, kiedy oświadczenie woli o rezygnacji Ubezpieczonego zostanie złożone Ubezpieczycielowi po 20 dniu danego Miesiąca ochrony, ochrona ubezpieczeniowa zakończy się z upływem ostatniego dnia drugiego Miesiąca, następującego po Miesiącu, kiedy Ubezpieczony złożył oświadczenie o rezygnacji z ochrony.
 10. W przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej przed upływem 30 dni od dnia przystąpienia do ubezpieczenia podczas rozmowy telefonicznej oraz pod warunkiem nieskorzystania przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego ze Świadczeń Zdrowotnych, Ubezpieczony i Współubezpieczony traktowani są tak, jakby nigdy nie zostali objęci ochroną (rezygnacja ze skutkiem odstąpienia). W takim przypadku Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu Składkę za danego Ubezpieczonego. Skorzystanie przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego ze Świadczeń Zdrowotnych w tym okresie jest traktowane jako rozpoczęcie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej i łączy się z koniecznością poniesienia kosztów Składki ubezpieczeniowej.
 11. Rezygnacja Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wszystkich Współubezpieczonych.
 12. Rezygnacja przez Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej Współmałżonka i/lub Dzieci nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej względem Ubezpieczonego.
 13. Skuteczne odstąpienie przez Ubezpieczonego od Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych lub jej rozwiązanie jest jednoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej.
 14. Ubezpieczony raz na dwanaście miesięcy ma możliwość zmiany Pakietu ubezpieczeniowego. Jednakże w przypadku zmian w sytuacji rodzinnej Ubezpieczonego takich jak: rozwód, śmierć Współmałżonka lub Dziecka zmiana Pakietu może nastąpić częściej niż raz na dwanaście miesięcy, pod warunkiem poinformowania o tym fakcie Ubezpieczyciela.
 15. Ubezpieczony może zmienić Pakiet ubezpieczeniowy, przekazując Ubezpieczycielowi informację w tym zakresie w formie pisemnej lub telefonicznie, dzwoniąc pod wyznaczony przez Ubezpieczyciela numer telefonu 22 529 17 62. W razie, kiedy oświadczenie woli Ubezpieczonego o zmianie Pakietu ubezpieczeniowego zostanie złożone Ubezpieczycielowi do 20 dnia danego Miesiąca, ochrona w ramach nowego Pakietu ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia drugiego Miesiąca następującego po Miesiącu, kiedy Ubezpieczony złożył oświadczenie o zmianie.
 16. W razie, kiedy oświadczenie woli Ubezpieczonego o zmianie Pakietu ubezpieczeniowego zostanie złożone Ubezpieczycielowi po 20 dniu danego Miesiąca, ochrona w ramach nowego Pakietu ubezpieczeniowego obowiązuje od pierwszego dnia trzeciego Miesiąca, przypadającego po Miesiącu, kiedy Ubezpieczony złożył oświadczenie o zmianie Pakietu ubezpieczeniowego.

§ 5 ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

1. Ubezpieczyciel ponosi koszty Świadczeń Zdrowotnych, które dokonywane są na rzecz Ubezpieczonego i Współubezpieczonego w zakresie wskazanym w Załączniku nr 1 do OWU.
2. Koszty Świadczeń Zdrowotnych pokrywane są przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na konto Świadczeniodawcy.
3. Przed skorzystaniem ze Świadczeń Zdrowotnych Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązani są:
 - 1) skontaktować się telefonicznie ze Świadczeniodawcą w celu umówienia wizyty lub skierowania do właściwej poradni Świadczeniodawcy,
 - 2) podać aktualne dane z ważnego dokumentu tożsamości umożliwiające identyfikację oraz numer PESEL.
4. Przy korzystaniu ze Świadczeń Zdrowotnych w placówkach Świadczeniodawcy, Ubezpieczony lub Współubezpieczony zobowiązani są do każdorazowego okazywania Karty Klienta wraz z dokumentem tożsamości.
5. Ubezpieczony i Współubezpieczony zobowiązani są przestrzegać terminów Świadczeń Zdrowotnych.
6. Ubezpieczony i Współubezpieczony zobowiązani są poinformować Świadczeniodawcę o niemożności skorzystania z zaplanowanej wizyty najpóźniej 24 godziny przed terminem wizyty.
7. Czynności wymienionych w § 5 ust. 3 oraz ust. 4 i 6 w imieniu Dziecka Ubezpieczonego, które nie ukończyło 18. roku życia, dokonuje Ubezpieczony lub Współubezpieczony.
8. Dostęp do Świadczeń Zdrowotnych przysługuje Ubezpieczonemu i Współubezpieczonemu wyłącznie w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

-
9. Ubezpieczyciel nie ponosi kosztów leków, środków medycznych i sprzętu medycznego, w tym przepisanych lub zleconych przez lekarzy Świadczeniodawcy.

§ 6

OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający jest obowiązany do terminowego opłacania Składki ubezpieczeniowej określonej w Umowie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do informowania Ubezpieczyciela o wszelkich zmianach mających wpływ na prawidłowe wykonanie zobowiązań wynikających z Umowy ubezpieczenia, w szczególności do informowania o zmianie danych osobowych oraz adresowych.

§ 7

WYGAŚNIĘCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do danego Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego wygasa na skutek zajścia jednego ze zdarzeń:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) rozwiązania Umowy o świadczenie usług telekomunikacyjnych - z upływem ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym naliczono ostatnią Składkę,
 - 3) rezygnacji ze skutkiem odstąpienia Ubezpieczonego od ochrony ubezpieczeniowej (§ 4 ust. 10),
 - 4) rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z § 4 ust. 8 i 9,
 - 5) ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia, z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Ubezpieczony ukończył 65 lat,
 - 6) ukończenia przez Współmałżonka 65 roku życia, z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Współmałżonek ukończył 65 lat,
 - 7) ukończenia przez Dziecko Ubezpieczonego 25 roku życia, z upływem ostatniego dnia miesiąca, w którym Dziecko ukończyło 25 lat,
 - 8) nieopłacenia przez Ubezpieczającego miesięcznej Składki za danego Ubezpieczonego i Współubezpieczonego, z upływem ostatniego dnia Miesiąca ochrony, w którym składka była wymagana,
 - 9) rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
2. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonego powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej wobec Współmałżonka i Dzieci.
3. Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej Współmałżonka i/lub Dzieci nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej względem Ubezpieczonego.

§ 8

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

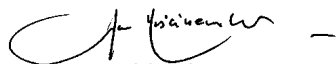
1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski, z wyłączeniem przypadków opisanych w § 4 ust. 8 i 15, adresowane do Ubezpieczyciela powinny być przekazywane w formie pisemnej na adres:

Cardif ARD S.A.
Skrytka pocztowa 105
85-950 Bydgoszcz 1.

2. Reklamacje, skargi lub zażalenia mogą być składane Ubezpieczycielowi osobiście pod adresem siedziby Ubezpieczyciela (pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa), telefonicznie (nr telefonu: 22 529 17 62) lub pisemnie na adres wskazany w ust. 1. Korespondencja prowadzona jest w języku polskim.
3. Ubezpieczyciel udziela pisemnej odpowiedzi na reklamację, skargę lub zażalenie w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia.
4. Ubezpieczyciel ma prawo zażądać pisemnego potwierdzenia skarg lub zażaleń złożonych w formie telefonicznej lub pocztą elektroniczną.
5. W celu ostatecznego rozstrzygnięcia, osoba zainteresowana może wnieść skargę lub zażalenie do Dyrekcji Ubezpieczyciela na adres wskazany w ust. 2.
6. Od ostatecznego rozstrzygnięcia złożonej skargi lub zażalenia, o której mowa w ust. 5 niniejszego paragrafu, Ubezpieczonemu przysługuje odwołanie do Rzecznika Ubezpieczonych.
7. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

-
8. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie przepisy prawa polskiego, a w szczególności Kodeksu Cywilnego i Ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
9. Niniejsze OWU zatwierdzone przez Dyрекję Cardif Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce w dniu 13 lipca 2012 roku, wchodzi w życie z dniem 13 lipca 2012 roku.

Jan Emeryk Rościszewski


Dyrektor Oddziału

Leszek Skop


Zastępca Dyrektora Oddziału

<u>Zakres Świadczeń Zdrowotnych</u>	
Opieka specjalistyczna	Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Ubezpieczyciel gwarantuje dostęp do lekarzy niżej wymienionych specjalności bez skierowania: • Alergolog • Chirurg ogólny • Ginekolog • Internista • Lekarz Rodzinny • Okulista • Urolog • Dermatolog • Kardiolog • Laryngolog • Gastrolog W przypadku, gdy ochroną ubezpieczeniową objęte jest Dziecko: Bez skierowania: • Pediatra • Lekarz medycyny rodzinnej Ze skierowaniem od pediatry z placówek LUX MED i Medycyny Rodzinnej oraz placówek współpracujących: • Dermatolog dziecięcy • Ginekolog dziecięcy • Okulista dziecięcy • Alergolog dziecięcy • Ortopeda dziecięcy Uwaga: Konsultacje u lekarzy pozostałych specjalności są odpłatne. Konsultacje specjalistów nie obejmują dostępu do lekarzy dyżurnych oraz konsultacji profesorskich czyli usług świadczonych przez lekarzy ze stopniem dr habilitowanego lub tytułem naukowym profesora jak również lekarzy będących na stanowisku: profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Za lekarza dyżurnego rozumie się lekarza przyjmującego w ramach pomocy doraźnej w wyznaczonych placówkach medycznych.
Zabiegi ambulatoryjne	<u>Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:</u> • założenie i zmiana prostego opatrunku nie wymagającego opracowania chirurgicznego; • usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych w centrach LUX MED. i Medycyny Rodzinnej <u>Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:</u> • założenie i usunięcie przedniej tamponady nosa; • usunięcie ciała obcego z nosa, ucha; • założenie/zmiana prostego opatrunku laryngologicznego; • założenie/zmiana/usunięcie sączka; • płukanie ucha/nosa. <u>Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:</u> • badanie dna oka (oftalmoskopia bezpośrednia); • pomiar ciśnienia śródgałkowego; • usunięcie ciała obcego z oka (bez narzędzi) • badanie ostrości widzenia; • podanie leku do worka spojówkowego; • płukanie worka spojówkowego; • dobór okularów.

	<u>Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarские:</u> • podanie leku doustnego; • założenie/zmiana opatrunku niewymagającego zaopatrzenia chirurgicznego; • pobranie krwi; • pomiar ciśnienia tętniczego; • pomiar temperatury ciała; • pomiar wzrostu i wagi ciała. <u>Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:</u> • pobranie cytologii standardowej ginekologicznej z szyjki macicy. <u>Uwaga:</u> Wymienione powyżej zabiegi wykonywane są w ramach komplementarnej konsultacji (odpowiadającej specjalności lekarskiej przypisanej do danej grupy zabiegowej, w której wymieniony jest zabieg) jeżeli dostępne są w placówce. Materiały i środki medyczne, takie jak: opatrunki, bandaż, wenflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do w/w zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do w/w zabiegów, pobierana jest opłata z uwzględnieniem 10% rabatu.
Badania diagnostyczne i laboratoryjne	<u>Badania laboratoryjne:</u> Dostęp do następujących badań laboratoryjnych wykonywanych na podstawie skierowań wystawionych wyłącznie przez lekarzy LUX MED i Medycyny Rodzinnej placówek współpracujących uzasadnionym stanem zdrowia i procesem diagnostycznym – terapeutycznym, prowadzonym w placówkach LUX MED. i Medycyny Rodzinnej oraz w ich placówkach współpracujących. hematologiczne: • Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny • OB • Reticulocyty biochemiczne krwi: • Albuminy • Amylaza • Białko całkowite • Bilirubina bezpośrednia • Chlorki • Cholesterol całkowity • Cholesterol HDL • Cholesterol LDL • CRP ilościowo • Fosfataza kwaśna • Fosfataza kwaśna sterczowa • Fosfataza zasadowa • GGTP • Glukoza na czczo • Kreatynina • Sód • Transaminaza GOT / AST • Transaminaza GPT / ALT • Trójglicerydy / Triglycerides • Wapń • Żelazo • Potas • Proteinogram • Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN • Kwas moczowy • LDH - dehydrogen. mlec. badania moczu: • Mocz- badanie ogólne badania kału:

	• Kał- badanie ogólne Badania diagnostyczne: Dostęp do następujących badań diagnostycznych wykonywanych na podstawie skierowań wystawionych wyłącznie przez lekarzy LUX MED. i Medycyny Rodzinnej i ich placówek współpracujących uzasadnionym stanem zdrowia i procesem diagnostycznym – terapeutycznym, prowadzonym w placówkach LUX MED i Medycyny Rodzinnej oraz w placówkach współpracujących. badania czynnościowe: • EKG spoczynkowe z opisem badania z zakresu diagnostyki RTG: • RTG barku / ramienia AP • RTG jamy brzusznej na leżąco • RTG klatki piersiowej • RTG klatki piersiowej + bok • RTG kręgosłupa lędźwiowego/ piersiowego/ szyjnego/ lędźwiowo/krzyżowego • RTG łokcia / przedramienia AP + bok • RTG miednicy i stawów biodrowych • RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos • RTG noso – gardła • RTG stawu kolanowego AP + bok • RTG stawu skokowo - goleniowego AP + bok • RTG stopy AP + bok/skos • RTG uda + podudzia • RTG zatok przynosowych badania z zakresu diagnostyki USG: • USG ciąży przez powłoki brzuszne • USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne • USG ciąży - transwaginalne • USG jamy brzusznej • USG piersi • USG tarczycy Dodatkowe usługi: • Cytologia standardowa ginekologiczna z szyjki macicy <i>Uwaga:</i> <i>Zakres ubezpieczenia nie obejmuje badań ultrasonograficznych wykonywanych w technologii 3D/4D. W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w niniejszym zakresie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, będą dodatkowo odpłatne</i> <i>Wynik badań RTG na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej</i>
Usługi stomatologiczne	<u>Zniżka na następujące usługi stomatologiczne</u> • profilaktyka stomatologiczna – rabat 15% • stomatologia zachowawcza – rabat 15% • stomatologia estetyczna – rabat 15% • endodoncja – rabat 15% • chirurgia stomatologiczna – rabat 15% • protetyka – rabat 10% • implantologia – rabat 10% • ortodoncja – rabat 10% • periodontologia – rabat 10% • wybielanie zębów – rabat 20% • zdjęcia RTG – rabat 20% <u>Bezpłatne zabiegi profilaktyczne*:</u> • Fluoryzacja - zabieg z wykorzystaniem pianki zawierającej wysokie stężenie fluoru w celu profilaktyki przeciw próchnicowej jak i zmniejszający nadwrażliwość zębów • Tooth Mousse- "płynne szkliwo"- zabieg przywracający równowagę mineralną, dostarcza wysoko stężonego wapnia i fosforanów, wspomaga działanie śliny

	przywracając bilans mineralny do stanu równowagi • Saliva Check Buffer- profesjonalny test do oceny jakości śliny, test ten obejmuje badanie śliny stymulowanej i spoczynkowej, wyniki tych obydwu testów pozwalają na dokładną diagnostykę i zaplanowanie dalszej profilaktyki i leczenia • Plaque test - płynny wskaźnik uwidacznia płytkę nazębną , zawiera barwnik fluorescencyjny, przy oświetleniu lampą halogenową, płytka nazębna oraz niewidoczne naloty zabarwiają się na żółto, wolne od płytki nazębnej powierzchnie zębów przyjmują kolor niebieski • Saable seek - wykrywacz próchnicy, zawiera zielony barwnik , który umożliwia szybkie wykrycie zmian próchnicowych i zdemineralizowane tkanki zęba w trudno dostępnych miejscach. <i>*realizowane, z co najmniej jedną lub po jednej płatnej wizycie; klient może w roku bieżącym skorzystać z każdego bezpłatnego zabiegu jeden raz; miejscem świadczenia bezpłatnych zabiegów może być wyłącznie placówka, w której klient odbył płatną wizytę.</i>
Infolinia medyczna	Telefoniczne umawianie wizyt Rejestracja usług medycznych (poza stomatologicznymi) odbywa się poprzez kontakt telefoniczny z INFOLINIĄ MEDYCZNĄ pod numerem 22 332 28 88 czynną 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu oraz wszystkie dni w roku <u>Dostęp do placówek LUX MED i Medycyny Rodzinnej oraz do placówek współpracujących</u> <u>Telefoniczne umawianie wizyt stomatologicznych</u> Rejestracja wizyt stomatologicznych odbywa się poprzez kontakt telefoniczny z INFOLINIĄ MEDYCZNĄ pod numerami 801 014 900, 22 228 64 20 lub 22 228 64 21 czynną od pon. do pt. w godz. 8.30-18.00