

Ubezpieczenie kosztów leczenia ANTIDOTUM plus



Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

Przedsiębiorstwo: InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group
z siedzibą w Polsce, ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa,
numer zezwolenia Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku

Produkt: **ANTIDOTUM plus**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podawane są w innych dokumentach, w tym w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Antidotum plus zatwierdzonych uchwałą nr 02/16/04/2024 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 16 kwietnia 2024 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

ANTIDOTUM plus to ubezpieczenie zdrowotne umożliwiające bezgotówkową realizację świadczeń medycznych w prywatnych placówkach. Realizacja świadczeń odbywa się w placówkach dedykowanych przez InterRisk do obsługi Ubezpieczonych, wskazanych na stronie www.interrisk.pl. Koszty udzielonych świadczeń pokrywa InterRisk bezpośrednio na konto Partnera Medycznego.



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ koszty świadczeń medycznych, w tym koszty stomatologii powstałe w okresie ubezpieczenia w wyniku leczenia chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia:

- ✓ górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych i ubezpieczeniu kosztów stomatologii, stanowią koszty świadczeń medycznych
- ✓ w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu i wynosi maksymalnie 3.000 zł



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ kosztów leków i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia
- ✗ ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych nie obejmuje: kosztów rehabilitacji, o ile dotyczy ona chorób przewlekłych, fizjoterapii wad wrodzonych i ich następstw, fizjoterapii wad postawy, fizjoterapii urazów okołoporodowych, fizjoterapii przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw, fizjoterapii chorób demielinizacyjnych i ich następstw, fizjoterapii chorób neurodegeneracyjnych i ich następstw, fizjoterapii po zabiegach operacyjnych nie wykonanych przez Partnera Medycznego, incydentach kardiologicznych, neurologicznych i naczyniowo-mózgowych, fizjoterapii uroinekologicznej, fizjoterapii metodami wysokospecjalistycznymi (metody mechaniczne, neurofizjologiczne, techniki osteopaty, usług o charakterze diagnostyki i treningu funkcjonalnego, gimnastyki korekcyjnej i fitness, fizjoterapii martwic jałowych blizn/bliznowców, stanów po oparzeniach oraz terapii wisceralnej – terapii narządów wewnętrznych
- ✗ w ubezpieczeniu pobytu w szpitalu InterRisk nie ponosi odpowiedzialności za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

InterRisk nie odpowiada w szczególności za zdarzenia, powstałe w następstwie lub w związku z:

- ! leczeniem niepłodności oraz zabiegami związanymi ze zmianą płci,
- ! leczeniem, zabiegami lub operacjami z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
- ! zabiegami i kuracjami odwykowymi oraz leczeniem odwykowym,
- ! chorobami psychicznymi,
- ! popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookałeczeniem, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
- ! działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
- ! aktami terroru,
- ! leczeniem skutków i chorób spowodowanych spożywaniem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,
- ! uczestnictwem Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
- ! poronieniem sztucznym,
- ! leczeniem choroby Alzheimera,
- ! leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
- ! uprawianiem sportów wysokiego ryzyka,
- ! epidemią w rozumieniu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- ! prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajście wypadku,
- ! działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych bądź materiałów wybuchowych,
- ! pandemią.



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- ✓ Ubezpieczenie obowiązuje na terytorium RP.



Co należy do obowiązków ubezpieczonego?

W razie powstania potrzeby realizacji świadczeń medycznych w ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się bezpośrednio z telefoniczną infolinią medyczną, zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym, odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składkę należy opłacić w wysokości, formie (gotówka lub przelew) i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy. Odpowiedzialność InterRisk rozpoczyna się od dnia wskazanego w umowie jako początek okresu ubezpieczenia.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) wraz z zakończeniem okresu ubezpieczenia,
- b) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
- c) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia,
- d) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
- e) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu,
- f) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
- g) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego w każdym czasie.



Jak rozwiązać umowę?

Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.

Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.

SPIS TREŚCI

| | |
|--|---------------|
| Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej | rewers str. 1 |
| POSTANOWIENIA POZĄTKOWE | 1 |
| DEFINICJE | 1 |
| PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA | 3 |
| ZAKRES UBEZPIECZENIA | 3 |
| WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI | 3 |
| SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY | 4 |
| ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA | 4 |
| POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK | 4 |

| | |
|---|---|
| ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA | 5 |
| SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA | 5 |
| PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY | 5 |
| ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA | 6 |
| SKARGI I REKLAMACJE | 7 |
| POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA | 7 |
| POSTANOWIENIA KOŃCOWE | 7 |

POSTANOWIENIA POZĄTKOWE

§1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia Antidotum plus zwane dalej „OWU” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółkę Akcyjną Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000054136, prowadzącą działalność ubezpieczeniową i reasekuracyjną w oparciu o zezwolenie Ministra Finansów DU/905/A/KP/93 z 5 listopada 1993 roku zwaną dalej „InterRisk” z osobami fizycznymi, osobami prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi nie będącymi osobami prawnymi prowadzącymi działalność gospodarczą.
2. Umowę ubezpieczenia można zawrzeć także na cudzy rachunek, z tym że Ubezpieczony imiennie wskazany jest w umowie ubezpieczenia. Zarzuty mające wpływ na odpowiedzialność InterRisk, InterRisk może podnieść także przeciwko Ubezpieczonemu.
3. Do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone, za zgodą stron, postanowienia dodatkowe lub odmienne, z tym że różnice między niniejszymi OWU, a treścią umowy InterRisk przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
4. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w tym przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

DEFINICJE

§2

W rozumieniu niniejszych OWU przez poniższe określenia, użyte w OWU, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, dokumencie ubezpieczenia a także innych pismach i oświadczeniach składanych w związku z umową ubezpieczenia, uważa się:

- 1) **akty terroru** – nielegalne działania i akcje organizowane z pobudek ideologicznych, religijnych, politycznych lub społecznych, indywidualne lub grupowe, prowadzone przez osoby działające samodzielnie lub na rzecz bądź z ramienia jakiegokolwiek organizacji lub rządu, skierowane przeciwko osobom, obiektom lub społeczeństwu, mające na celu wywarcie wpływu na rząd, wprowadzenie chaosu, zastraszenie ludności i dezorganizację życia publicznego przy użyciu przemocy lub groźby użycia przemocy,
- 2) **choroba** – zaburzenia w funkcjonowaniu narządów lub organów ciała Ubezpieczonego, niezależne od niczyjej woli, co do której lekarz może postawić diagnozę, wymagające leczenia, diagnostyki lub rehabilitacji,
- 3) **choroba przewlekła** – stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem, leczony stale lub okresowo przed datą objęcia ochroną,
- 4) **dziecko** – każde dziecko własne Ubezpieczonego lub dziecko w pełni, bądź nie w pełni przez niego przysposobione, w wieku do 18 lat, a w przypadku uczęszczania do szkoły publicznej lub niepublicznej (w tym uczelni wyższej), znajdującej się na terytorium Rzeczypospolitej Polski, w trybie dziennym, zaocznym lub wieczorowym, z wyłączeniem kursów oraz kształcenia korespondencyjnego – w wieku do 25 lat,
- 5) **działalność gospodarcza** – zorganizowana działalność zarobkowa, wykonywana we własnym imieniu i w sposób ciągły, w rozumieniu ustawy prawo przedsiębiorców w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 6) **lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa obowiązującego w kraju, w którym świadczy usługi, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji, niebędąca Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub osobą bliską dla Ubezpieczonego,
- 7) **materiały wybuchowe** – substancje chemiczne stałe lub ciekłe albo mieszaniny substancji zdolne do reakcji chemicznej z wytwarzaniem gazu o takiej temperaturze i ciśnieniu, i z taką szybkością, że mogą powodować zniszczenia w otaczającym środowisku, a także wyroby wypełnione materiałem wybuchowym, w rozumieniu ustawy o wykonywaniu działalności gospodarczej w zakresie wytwarzania i obrotu

materiałami wybuchowymi, bronią, amunicją oraz wyrobami i technologią o przeznaczeniu wojskowym i policyjnym w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a także ustawy o materiałach wybuchowych przeznaczonych do użytku cywilnego w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,

- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, na skutek którego Ubezpieczony niezależnie od swej woli doznał uszkodzenia ciała,
- 9) **ocena ryzyka** – procedura ustalona i stosowana przez InterRisk przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej, mająca wpływ na wysokość składki i zakres ochrony ubezpieczeniowej,
- 10) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie InterRisk do spełnienia świadczenia objętego niniejszą umową, w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie ubezpieczenia, za które InterRisk ponosi odpowiedzialność ubezpieczeniową,
- 11) **odpady radioaktywne** – odpady promieniotwórcze: stałe, ciekłe lub gazowe, zawierające substancje promieniotwórcze,
- 12) **osoba bliska** – małżonek, dzieci, partner, rodzeństwo, matka, ojciec, macocha, pasierb, pasierbica, teściowie, zięciowie, synowie, przysposabiający i przysposobieni Ubezpieczonego, opiekunowie ustanowieni przez sąd opiekuńczy,
- 13) **pandemia** – epidemia danej choroby zakaźnej występująca w tym samym czasie w różnych krajach i na różnych kontynentach, w rozumieniu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- 14) **partner** – osoba fizyczna, pozostająca z Ubezpieczonym w związku pozamałżeńskim, niepozostająca z Ubezpieczonym w stosunku pokrewieństwa, powinowactwa ani przysposobienia,
- 15) **Partner Medyczny** – podmiot wykonujący działalność leczniczą, z którym InterRisk zawarł umowę w sprawie realizacji świadczeń medycznych, na rzecz Ubezpieczonych,
- 16) **pobyt w szpitalu** – pobyt na oddziale szpitalnym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, który rozpoczął się w okresie ubezpieczenia służący przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia, trwający przez okres co najmniej trzech dni. Za dzień pobytu w szpitalu uważa się również dzień przyjęcia do szpitala i dzień wypisu ze szpitala. Gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością InterRisk, pod warunkiem że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia,
- 17) **podmiot wykonujący działalność leczniczą** – podmiot leczniczy oraz praktyka zawodowa, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 18) **pojazd** – samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus,
- 19) **pozostawanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi:
 - a) od 0,2 ‰ alkoholu we krwi
 - lub
 - b) od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³ w wydychanym powietrzu,
- 20) **przystąpienie do ubezpieczenia** – objęcie ochroną ubezpieczeniową osoby fizycznej w ramach umowy ubezpieczenia,
- 21) **rozruchy i zamieszki** – demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem buntu przeciwko władzy państwowej,
- 22) **senior** – osoba fizyczna po 70 r.ż., na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia, nie ukończyła 80 lat,
- 23) **sporty wysokiego ryzyka** – bouldering, wspinaczka skalna, wspinaczka lodowa, taternictwo, alpinizm, himalaizm, skialpinizm, trekking, zjazdy ekstremalne na

**Informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy
o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej**

| RODZAJ INFORMACJI | NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY |
|---|---|
| 1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia | §2, §3, §4, §9, §10, §13-17, Załącznik nr 1, 2 i 3 |
| 2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia | §5, §6, §7, §9, §12 ust. 2 |

- nartach, freestyle, freeride, snowboarding wysokogórski, snowboarding prędkościowy, skoki i ewolucje narciarskie i snowboardowe, rafting, canyoning, hydrospeed, kajakerstwo górskie, szymbownictwo, spadochroniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, baloniarstwo, pilotowanie samolotów lub śmigłowców, zorbing, skoki z/na bungee, nurkowanie, parkour, freerun, buggykiting, windsurfing, quady, kitesurfing, żegluga poza wodami terytorialnymi w odległości powyżej 12 mil morskich od brzegu, kolarstwo ekstremalne, kolarstwo górskie, jeździectwo, speleologia, bobsleje, saneczkarstwo, sporty motorowe, rajdy pojazdów lądowych, wodnych lub powietrznych, heliskiing, heliboarding, freefall, downhill, b.a.s.e. jumping, dream jumping oraz zjazdy na nartach lub snowboardzie poza wyznaczonymi trasami, jazda na nartach wodnych oraz sporty, w których wykorzystywane są pojazdy przeznaczone do poruszania się po śniegu lub lodzie,
- 24) **substancja psychotropowa** – substancja określona w wykazie substancji psychotropowych zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 25) **szpital** – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w postaci świadczeń szpitalnych, w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 26) **środek odurzający** – substancja określona w wykazie środków odurzających zawartym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu substancji psychotropowych, środków odurzających oraz nowych substancji psychoaktywnych w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 27) **środek zastępczy** – produkt zawierający substancję o działaniu na ośrodkowy układ nerwowy, który może być użyty w takich samych celach jak środek odurzający, substancja psychotropowa lub nowa substancja psychoaktywna, których wytwarzanie i wprowadzanie do obrotu nie jest regulowane na podstawie przepisów odrębnych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 28) **świadczenia medyczne** – realizowane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie ubezpieczenia, niezbędne z medycznego punktu widzenia świadczenia medyczne, określone w Załącznikach nr 1 i 2 do niniejszych OWU, udzielone Ubezpieczonemu w związku z chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, a także badania profilaktyczne oraz świadczenia udzielone w związku z ciążą lub porodem,
- 29) **świadczenia szpitalne** – świadczenia w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej wykonywane całą dobę, kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin,
- 30) **świadczenia zdrowotne** – zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, świadczenia służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania,
- 31) **telefoniczna linia medyczna** – linia telefoniczna umożliwiająca Ubezpieczonemu uzyskanie informacji o możliwości skorzystania ze świadczeń medycznych u Partnera Medycznego (numer telefonu podany jest w umowie ubezpieczenia),
- 32) **Ubezpieczający** – jeden z podmiotów, o których mowa w §1 ust. 1, zawierający umowę ubezpieczenia i zobowiązany do opłacenia składki ubezpieczeniowej,
- 33) **ubezpieczenie indywidualne** – umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczyciela z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonego, wskazanego w umowie ubezpieczenia,
- 34) **ubezpieczenie partnerskie** – ubezpieczenie zawierane przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych:
- osoby fizycznej i jej współmałżonka lub partnera,
 - osoby fizycznej i jej dziecka,
- wskazanych imiennie w umowie ubezpieczenia,
- 35) **ubezpieczenie rodzinne** – ubezpieczenie zawierane przez InterRisk z Ubezpieczającym na rzecz Ubezpieczonych: osób fizycznych i ich współmałżonków lub partnerów oraz dzieci, wskazanych imiennie w umowie ubezpieczenia,
- 36) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia, pod warunkiem, iż osoba ta w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyła 70 lat, a w przypadku umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego także jej małżonek lub partner i ich dzieci, pod warunkiem iż osoby te w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie ukończyły 70 lat,
- 37) **wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie wywołane ruchem pojazdu, niezależnie od woli Ubezpieczonego będącego pasażerem pojazdu, osobą kierującą pojazdem lub pieszym, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzeń ciała Ubezpieczonego,
- 38) **wyczynowe uprawianie sportu** – podejmowana dobrowolnie forma aktywności fizycznej człowieka polegająca na uprawianiu dyscyplin sportu poprzez regularne uczestniczenie w treningach, zawodach, zgrupowaniach i obozach kondycyjnych lub szkoleniowych, w celu uzyskania, w drodze indywidualnej lub zbiorowej rywalizacji, maksymalnych wyników sportowych przez osoby będące członkami

klubów, związków i organizacji sportowych. W rozumieniu niniejszych OWU za wyczynowe uprawianie sportu uważa się również uprawianie sportu w celach zarobkowych,

- 39) **zakład lecznictwa uzdrowiskowego** – podmiot leczniczy w rozumieniu ustawy o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych wykonujących działalność leczniczą w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne uzdrowiska przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

§3

Przedmiotem ubezpieczenia są koszty świadczeń medycznych, w tym koszty stomatologii powstałe w okresie ubezpieczenia w wyniku leczenia chorób i następstw nieszczęśliwych wypadków oraz pobyt w szpitalu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem, który wydarzył się w okresie ubezpieczenia lub chorobą, która została zdiagnozowana w okresie ubezpieczenia.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

§4

- Zakres ubezpieczenia ustalany jest na wniosek Ubezpieczającego i może obejmować:
 - koszty świadczeń medycznych określonych w Tabeli nr 1 Załącznika nr 1 do niniejszych OWU w wariantach: STANDARD, ROZSZERZONY lub COMPLEX,
 - koszty stomatologii określone w Załączniku nr 2 do niniejszych OWU w wariantach I, II,
 - pobyt w szpitalu określony w Załączniku nr 3 do niniejszych OWU w wariantach: ROZSZERZONY lub COMPLEX.
- Stosowanie do wniosku Ubezpieczającego, w oparciu o postanowienia niniejszych OWU umowa ubezpieczenia zawarta w zakresie określonym:
 - w ust. 1 pkt 1) w wariantach ROZSZERZONY lub COMPLEX może zostać rozszerzona o ubezpieczenie określone ust. 1 pkt 2),
 - w ust. 1 pkt 1) w wariantach STANDARD, ROZSZERZONY lub COMPLEX, może zostać rozszerzona o ubezpieczenie określone ust. 1 pkt 3).
- Umowa ubezpieczenia może być zawarta w formie ubezpieczenia indywidualnego, partnerskiego lub ubezpieczenia rodzinnego w rozumieniu §2 pkt 33) – pkt 35).
- Dziecko, o którym mowa w §2 pkt 4) OWU, może być objęte ochroną ubezpieczeniową w formie ubezpieczenia indywidualnego, partnerskiego lub rodzinnego w rozumieniu §2 pkt 33) – pkt 35) od chwili urodzenia.
- Senior, o którym mowa w §2 pkt 22) OWU, może być objęty ochroną ubezpieczeniową w formie ubezpieczenia indywidualnego lub partnerskiego w rozumieniu §2 pkt 33) – pkt 34) tylko w wariantach STANDARD.
- InterRisk pokrywa koszty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1) – pkt 2), jeżeli są one niezbędne z medycznego punktu widzenia.
- Wizyty u lekarzy specjalistów, o których mowa w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, w zależności od specjalizacji lekarskiej wymagają skierowania od lekarza Partnera Medycznego. Udzielenie pozostałych świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 do niniejszych OWU, wymaga skierowania od lekarza Partnera Medycznego.
- Zmiana zakresu ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia wymaga zgody InterRisk i zawarcia aneksu w formie pisemnej pod rygorem nieważności do obowiązującej umowy ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

§5

- InterRisk nie odpowiada za zdarzenia, powstałe w następstwie lub w związku z:
 - leczeniem niepłodności oraz zabiegami związanymi ze zmianą płci,
 - leczeniem, zabiegami lub operacjami z zakresu medycyny estetycznej, chirurgii plastycznej oraz kosmetyki,
 - zabiegami i kuracjami odwykowymi oraz leczeniem odwykowym,
 - chorobami psychicznymi,
 - popelnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa, samookaleceniem, popelnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego,
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, rozruchami i zamieszkami,
 - aktami terroru,
 - leczeniem skutków chorób spowodowanych spożyciem alkoholu oraz używaniem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych,

- 9) uczestnictwem Ubezpieczonego w badaniach klinicznych i eksperymentach medycznych,
 - 10) poronieniem sztucznym,
 - 11) leczeniem choroby Alzheimera,
 - 12) leczeniem AIDS lub schorzeń związanych z tą chorobą,
 - 13) uprawianiem sportów wysokiego ryzyka,
 - 14) epidemią w rozumieniu ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi w brzmieniu obowiązującym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 15) prowadzeniem pojazdu przez Ubezpieczonego będącego kierowcą pojazdu, nieposiadającego wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu lub jeżeli pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego, jeżeli w odniesieniu do danego pojazdu istnieje wymóg rejestracji lub dokonania okresowych badań technicznych, chyba że brak wymaganych uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, brak zarejestrowania pojazdu lub stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na zajęcie wypadku,
 - 16) działaniem energii jądrowej, odpadów radioaktywnych, bądź materiałów wybuchowych,
 - 17) pandemią.
2. Ubezpieczenie nie obejmuje kosztów leków i środków medycznych, za wyjątkiem użytych w nagłych przypadkach dla ratowania życia.
3. Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w ust. 1, dodatkowo nie obejmuje kosztów:
- 1) rehabilitacji, o ile dotyczy ona chorób przewlekłych,
 - 2) fizjoterapii wad wrodzonych i ich następstw,
 - 3) fizjoterapii wad postawy,
 - 4) fizjoterapii urazów okołoporodowych,
 - 5) fizjoterapii przewlekłych chorób tkanki łącznej i ich następstw,
 - 6) fizjoterapii chorób demielinizacyjnych i ich następstw,
 - 7) fizjoterapii chorób neurodegeneracyjnych i ich następstw,
 - 8) fizjoterapii po zabiegach operacyjnych nie wykonanych przez Partnera Medycznego,
 - 9) fizjoterapii po incydentach kardiologicznych, neurologicznych i naczyniowo-mózgowych,
 - 10) fizjoterapii uroginekologicznej,
 - 11) fizjoterapii metodami wysokospecjalistycznymi (metody mechaniczne, neurofizjologiczne, techniki osteopatyczne),
 - 12) usług o charakterze diagnostyki i treningu funkcjonalnego, gimnastyki korekcyjnej i fitness,
 - 13) fizjoterapii martwiczących blizn/bliznowców, stanów po oparzeniach oraz terapii wisceralnej – terapii narządów wewnętrznych.
4. InterRisk nie świadczy ochrony ani nie wypłaci świadczenia w zakresie, w jakim ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby InterRisk na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki, Zjednoczonego Królestwa Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej lub prawa innych krajów i regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy.

§6

1. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) z uwzględnieniem wyłączeń, o których mowa w §5 ust. 1 InterRisk dodatkowo nie ponosi odpowiedzialności za:
- 1) zdarzenia powstałe w następstwie lub w związku z:
 - a) uszkodzeniami ciała lub chorobami zdiagnozowanymi przed dniem objęcia ochroną ubezpieczeniową,
 - b) epilepsją, łuszczycą, gruźlicą, dializami,
 - c) leczeniem otyłości, ubytków wagi ciała, skutków kuracji odchudzających, bulimii, anoreksji,
 - d) leczeniem wad wzroku, zabiegów plastyczno-kosmetycznych, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń będących następstwem nieszczęśliwego wypadku,
 - e) pozostawianiem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, z wyłączeniem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, o ile pozostawanie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych miało wpływ na zajęcie nieszczęśliwego wypadku lub choroby,
 - f) rehabilitacją.
 - 2) za pobyt w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pobyt w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

SUMA UBEZPIECZENIA I WARUNKI JEJ ZMIANY

§7

1. Górną granicę odpowiedzialności InterRisk w ubezpieczeniu kosztów świadczeń medycznych i ubezpieczeniu kosztów stomatologii, stanowią koszty świadczeń medycznych określonych w Załączniku nr 1 i 2 do niniejszych OWU.
2. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu suma ubezpieczenia stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz 60 dni pobytu w szpitalu, o których mowa w §15 ust. 1.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2 ustalana jest na wniosek Ubezpieczającego.
4. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2 określona jest w umowie ubezpieczenia i stanowi górną granicę odpowiedzialności InterRisk dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§8

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się w formie imiennej na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, który powinien zawierać co najmniej następujące dane:
 - 1) imię, nazwisko (nazwę) oraz adres (siedzibę) Ubezpieczającego,
 - 2) zakres ubezpieczenia,
 - 3) wariant ubezpieczenia,
 - 4) formę ubezpieczenia: umowa indywidualna, partnerska, rodzinna,
 - 5) propozycję sumy ubezpieczenia dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu,
 - 6) okres ubezpieczenia,
 - 7) propozycję postanowień dodatkowych lub odmiennych od postanowień niniejszych OWU, które chce wprowadzić do umowy Ubezpieczający.
2. InterRisk może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji, mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, o czym informuje Ubezpieczającego na piśmie.
3. Jeżeli wniosek nie zawiera wszystkich danych określonych w ust. 1 lub 2, albo został sporządzony wadliwie lub niezgodnie z warunkami ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest na wezwanie InterRisk odpowiednio go uzupełnić, względnie sporządzić nowy wniosek, w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma InterRisk w tej sprawie. Niedotrzymanie powyższego terminu powoduje, że umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
4. Umowę ubezpieczenia zawiera się na okres 12 miesięcy.
5. Okres ubezpieczenia określa się w umowie ubezpieczenia.
6. InterRisk potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI INTERRISK

§9

1. W umowie ubezpieczenia określa się datę początkową i końcową okresu ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, wskazanego w umowie jako początek ochrony ubezpieczeniowej (okresu ubezpieczenia), jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po zaplaceniu składki lub pierwszej raty składki.
3. Odpowiedzialność InterRisk ustaje:
 - 1) wraz z zakończeniem okresu ubezpieczenia,
 - 2) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
 - 3) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia w wyniku wypowiedzenia, o którym mowa w §10 ust. 2-4,
 - 4) w przypadku opłacania składki w ratach – jeżeli po upływie terminu płatności raty InterRisk wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania przez Ubezpieczającego spowoduje ustanie odpowiedzialności InterRisk, a kolejna rata składki nie zostanie opłacona w tym terminie – z dniem upływu tego terminu,
 - 5) wobec Ubezpieczonego z dniem wyczerpania sumy ubezpieczenia wskutek wypłacenia świadczenia lub świadczeń o łącznej wysokości równej sumie ubezpieczenia – dotyczy ubezpieczenia pobytu w szpitalu,
 - 6) wobec Ubezpieczonego z dniem jego zgonu,
 - 7) wobec Ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego – z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym InterRisk otrzymał oświadczenie o wystąpieniu Ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia partnerskiego lub rodzinnego w każdym czasie.
4. W przypadku gdy odpowiedzialność InterRisk ustała wskutek wyczerpania sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3 pkt 5), wznowienie odpowiedzialności InterRisk z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia następuje w drodze aneksu do umowy ubezpieczenia, od dnia wskazanego w tym aneksie, jednak nie wcześniej niż po zaplaceniu dodatkowej składki za doubezpieczenie.

5. W przypadku wystąpienia przez Ubezpieczonego z ubezpieczenia ponowne przystąpienie przez niego do ubezpieczenia możliwe jest po upływie 12 miesięcy od daty ustania odpowiedzialności InterRisk określonej w ust. 3 pkt 7).

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§10

- Jeżeli umowę ubezpieczenia zawarto na okres dłuższy niż sześć miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie jej obowiązywania ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego z zachowaniem 30 dniowego okresu wypowiedzenia.
- W przypadku ujawnienia okoliczności, która pociąga za sobą istotną zmianę prawdopodobieństwa wypadku, każda ze stron może żądać odpowiedniej zmiany wysokości składki, poczynając od chwili, w której zaszła ta okoliczność, nie wcześniej jednak niż od początku bieżącego okresu ubezpieczenia. W razie zgłoszenia takiego żądania druga strona może w terminie 14 dni wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym.
- Jeżeli InterRisk ponosił odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w terminie, InterRisk może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W przypadku braku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia wygasa ona z końcem okresu, za który przypadała niezapłacona składka.
- Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem bezskutecznego upływu terminu, o którym mowa w §9 ust. 3 pkt 4).

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§11

- Wysokość składki ubezpieczeniowej należnej za okres odpowiedzialności InterRisk określona jest w umowie ubezpieczenia.
- Wysokość podstawowej składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od czynników oceny ryzyka, a w szczególności:
 - zakresu ubezpieczenia,
 - wariantu ubezpieczenia,
 - formy ubezpieczenia,
 - okresu ubezpieczenia,
 - wnioskowanej przez Ubezpieczającego wysokości sum ubezpieczenia.
- Składka ubezpieczeniowa określona jest kwotowo dla danego rodzaju ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa określona jest w złotych polskich.
- Wysokość składki ubezpieczeniowej obliczana jest według taryfy obowiązującej w dniu zawarcia (lub zmiany) umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli taryfa składek nie uwzględni ubezpieczonego ryzyka, wówczas wysokość składki ubezpieczeniowej ustalana jest na podstawie indywidualnej oceny ryzyka przez InterRisk.
- InterRisk może zastosować zniżki i/lub zwykiki podstawowej składki ubezpieczeniowej.
- Wysokość ostatecznej składki ubezpieczeniowej oblicza się stosując zwykiki i zniżki składki.
- InterRisk może zastosować zwykiki składki, w szczególności z tytułu:
 - wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający,
 - wysokiej częstotliwości zaistniałych zdarzeń ubezpieczeniowych, z tytułu których InterRisk wypłacił świadczenia.
- InterRisk może zastosować zniżki składki, w szczególności z tytułu wprowadzenia postanowień dodatkowych lub odmiennych od zapisów niniejszych OWU, o które wnioskował Ubezpieczający.
- Składka ubezpieczeniowa płatna jest jednorazowo, chyba że strony umówiły się inaczej.
- Składka ubezpieczeniowa, na wniosek Ubezpieczającego, może zostać rozłożona na raty. Terminy płatności i wysokość kolejnych rat określa się w umowie ubezpieczenia.
- Składka lub pierwsza rata składki za ubezpieczenie powinna być zapłacona w dniu zawarcia umowy, jednak nie później niż do 25 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc kalendarzowy, w którym nastąpi początek okresu ubezpieczenia. Kolejne raty składki ubezpieczeniowej płatne są w terminach płatności określonych w umowie ubezpieczenia.
- W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, InterRisk należy się składka za okres, w którym udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON UMOWY

§12

- Ubezpieczający obowiązany jest do:
 - podania InterRisk, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, znanych sobie okoliczności, o które InterRisk zapytywał w formularzu wniosku lub w pismach skierowanych do niego. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane,
 - zgłaszania InterRisk zmian okoliczności, o których Ubezpieczający informował InterRisk przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezwłocznie po powzięciu o nich wiadomości,
 - opłacenia składki ubezpieczeniowej lub jej rat w ustalonym terminie,
 - umożliwienia InterRisk zasięgnięcia informacji odnoszących się do okoliczności wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - przestrzegania obowiązków określonych w niniejszych OWU.
- Jeżeli Ubezpieczający nie podał do wiadomości InterRisk znanych sobie okoliczności, o których mowa w ust. 1 pkt 1) lub nie dopełnił obowiązku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2) InterRisk nie ponosi odpowiedzialności, za skutki tych okoliczności.
- W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek:
 - Ubezpieczający jest zobowiązany do doręczenia Ubezpieczonemu OWU i udzielenia niezbędnych informacji dotyczących ochrony ubezpieczeniowej,
 - Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać osobie zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przed przystąpieniem przez tę osobę do umowy ubezpieczenia, na piśmie, lub jeżeli osoba zainteresowana przystąpieniem do umowy ubezpieczenia wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku,
 - Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Ubezpieczonego na jego żądanie o sposobie obliczenia i opłacenia składki ubezpieczeniowej oraz doręczyć Ubezpieczonemu warunki umowy, w szczególności postanowień umowy w zakresie stanowiącym o prawach i obowiązkach Ubezpieczonego, przed wyrażeniem przez Ubezpieczonego zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej (o ile Ubezpieczony finansuje składkę). Informacje powinny zawierać także opis obowiązków Ubezpieczającego i InterRisk względem Ubezpieczonego,
 - niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego, Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
- Jeśli umowa ubezpieczenia grupowego zawarta została na rachunek pracowników Ubezpieczającego lub osób wykonujących pracę na podstawie umów cywilnoprawnych oraz członków ich rodzin lub na rachunek członków stowarzyszeń, samorządów zawodowych lub związków zawodowych i Ubezpieczający otrzymuje od InterRisk wynagrodzenie lub inne korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia grupowego, przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do takiej umowy informacje o:
 - firmie InterRisk i adresie siedziby InterRisk,
 - charakterze wynagrodzenia lub innych korzyści otrzymywanych w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego,
 - możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.
- InterRisk obowiązany jest do:
 - zachowania należytej staranności przy zawieraniu i wykonywaniu umowy ubezpieczenia,
 - przekazywania Ubezpieczającemu informacji niezbędnych do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym informacji o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia medyczne, a w przypadku zgłoszenia roszczenia zobowiązany jest do terminowej likwidacji,
 - dostarczenia Ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia tekstu niniejszych OWU, a także innych dokumentów i formularzy niezbędnych z punktu widzenia wykonywania umowy ubezpieczenia,
 - na żądanie Ubezpieczonego, udzielenia informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz OWU w zakresie praw i obowiązków Ubezpieczonego,
 - udostępnienia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia. W/w osoby mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji, a także sporządzać na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem przez InterRisk,
 - objęcia ochroną ubezpieczeniową osób, które zostały zgłoszone przez Ubezpieczającego i za które została zapłacona składka ubezpieczeniowa,
 - wypłaty świadczenia na warunkach i zasadach określonych w niniejszych OWU i umowie ubezpieczenia,
 - zabezpieczenia danych osobowych, otrzymanych w wyniku realizacji umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o ochronie danych osobowych,

- 9) informowania osoby występującej z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania, zgodnie z §16 ust. 6,
 - 10) pisemnego informowania Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z §16 ust. 6,
 - 11) przekazania Ubezpieczającemu kart identyfikacyjnych, uprawniających do korzystania przez każdego Ubezpieczonego ze świadczeń medycznych udzielanych przez Partnera Medycznego.
6. Ubezpieczający, Ubezpieczony lub Uprawniony mają prawo wglądu do informacji i dokumentów, gromadzonych w celu ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, żądania pisemnego potwierdzenia przez InterRisk udostępnionych informacji i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich za zgodność z oryginałem przez InterRisk.
7. Niezależnie od innych postanowień OWU, w sytuacji zaniechania lub zaprzestania dochodzenia świadczenia od InterRisk przez Ubezpieczającego Ubezpieczony albo jego spadkobiercy są uprawnieni do bezpośredniego dochodzenia świadczenia.
8. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń regulują: ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych.

ZGŁOSZENIE ROSZCZENIA, USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§13

1. Świadczenia medyczne, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1) – 2), udzielane są Ubezpieczonemu w placówkach medycznych Partnera Medycznego współpracującego z InterRisk. Informację o adresach placówek medycznych, w których realizowane są świadczenia medyczne, Ubezpieczony może uzyskać kontaktując się z telefoniczną infolinią medyczną lub sprawdzić na stronie internetowej InterRisk – www.interrisk.pl.
2. W ramach ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych, o których mowa w ust. 1 Ubezpieczający/Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się bezpośrednio z telefoniczną infolinią medyczną,
 - 2) zastosować się do zaleceń i wskazówek personelu medycznego Partnera Medycznego w zakresie uzasadnionym realizowanym świadczeniem zdrowotnym,
 - 3) odwołać zarezerwowane wizyty na świadczenia medyczne w przypadku braku możliwości lub potrzeby skorzystania z nich w umówionym terminie.
3. Koszty świadczeń medycznych, o których mowa w ust. 1, pokrywane są przez InterRisk bezpośrednio na konto Partnera Medycznego, udzielającego świadczenie.

§14

1. W przypadku skorzystania ze świadczeń medycznych, o których mowa w §4 ust. 1 pkt 1) w placówkach medycznych spoza sieci placówek Partnera Medycznego, Ubezpieczony zobowiązany jest pokryć koszty udzielonych świadczeń bezpośrednio w placówce medycznej, zgodnie z cennikiem obowiązującym w danej placówce.
2. Ubezpieczonemu przysługuje zwrot poniesionych kosztów w wysokości 70% ceny, jaką Ubezpieczony opłacił w placówce medycznej za wykonane świadczenie medyczne zgodnie z cennikiem tej placówki, z zachowaniem limitu refundacji wynoszącego 500 zł na wszystkie świadczenia zrefundowane w danym kwartale.
3. Świadczenie medyczne, które zostało zrefundowane, zaliczane jest do limitu refundacji w danym kwartale na podstawie daty jego wykonania.
4. Jeżeli wartość faktur dołączonych do wniosku o refundację przekracza wysokość dostępnego w danym kwartale limitu refundacji, zwrot dokonywany jest maksymalnie do wysokości pozostałego w tym kwartale limitu refundacji. Koszt wykonanych świadczeń medycznych nie może być zaliczony na poczet przyszłych limitów refundacji z przyszłych kwartałów. Limit refundacji niewykorzystany w danym kwartale nie przechodzi na następny kwartał.
5. Wypłata odszkodowania (refundacja) z tytułu ubezpieczenia kosztów świadczeń medycznych nie może być wyższa od kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego.
6. W celu otrzymania zwrotu poniesionych kosztów, Ubezpieczony powinien przesłać na adres korespondencyjny wskazany we wniosku refundacyjnym następujące dokumenty:
 - 1) oryginał faktury albo rachunku zawierającego następujące dane: imię i nazwisko lub nazwę udzielającego świadczenia medyczne, dane Ubezpieczonego (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania), nazwę świadczenia, datę udzielenia świadczenia medycznego, koszt świadczenia medycznego,
 - 2) faktura albo rachunek za wykonane na rzecz Ubezpieczonego świadczenie medyczne powinna być wystawiona na Ubezpieczonego, a w przypadku świadczeń medycznych realizowanych na rzecz dziecka do 18 roku życia – na przedstawiciela ustawowego dziecka oraz zawierać dane Ubezpieczonego dziecka w treści faktury,
 - 3) kopię skierowania na badania laboratoryjne, diagnostyczne, rehabilitację oraz na konsultację lekarskie, jeśli wymóg posiadania skierowania wynika z zakresu ubezpieczenia,
 - 4) kompletny i poprawnie wypełniony wniosek o refundację, którego wzór znajduje się na stronie internetowej InterRisk: www.interrisk.pl.

§15

1. W ubezpieczeniu pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 3) świadczenie wypłacane jest w oparciu o postanowienia niniejszych OWU. Świadczenie stanowi iloczyn wysokości świadczenia za dzień pobytu w szpitalu określonego w umowie ubezpieczenia oraz łącznej liczby dni pobytu w szpitalu, nie więcej jednak niż za 60 dni łącznego pobytu w szpitalu.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 przysługuje, począwszy od trzeciego dnia pobytu za każdy dzień pobytu w szpitalu.
3. Jeżeli pobyt w szpitalu jest następstwem wypadku komunikacyjnego, związanego z ruchem pojazdu, w rozumieniu definicji §2 pkt 37) niniejszych OWU Ubezpieczonemu przysługuje dodatkowe świadczenie w wysokości 50% świadczenia dziennego, o którym mowa w ust. 1. Dodatkowo świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu za okres nie dłuższy niż 14 dni pobytu w szpitalu.
4. W przypadku gdy wypis ze szpitala nastąpi po zakończeniu okresu ubezpieczenia pobyt w szpitalu jest objęty odpowiedzialnością InterRisk, pod warunkiem, że przyjęcie do szpitala nastąpiło w okresie ubezpieczenia.

§16

1. Postanowienia sformułowane w niniejszym paragrafie dotyczą ubezpieczenia pobytu w szpitalu, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 2).
2. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia powinno zawierać poniższe podstawowe informacje i dokumenty:
 - 1) numer dokumentu ubezpieczenia,
 - 2) dane Ubezpieczonego: imię i nazwisko, adres zamieszkania, datę urodzenia,
 - 3) datę rozpoznania choroby, o ile jest znana Ubezpieczonemu,
 - 4) w przypadku nieszczęśliwego wypadku – datę oraz szczegółowy opis okoliczności jego zaistnienia,
 - 5) posiadane zaświadczenia lekarskie opisujące proces leczenia oraz zawierające dokładną diagnozę,
 - 6) posiadane zaświadczenia szpitalne opisujące rodzaj i rozległość obrażeń oraz zawierające dokładną diagnozę, kartę informacyjną ze szpitala,
 - 7) raporty policyjne dotyczące zdarzenia, o ile zostały sporządzone i są w posiadaniu Ubezpieczonego,
 - 8) inne dokumenty określone w postanowieniach dodatkowych lub odmiennych wprowadzonych do umowy ubezpieczenia lub w piśmie skierowanym do Ubezpieczonego w trybie określonym w ust. 6.
3. InterRisk może na swój koszt, kierować Ubezpieczonego na badania lekarskie z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi.
4. InterRisk może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o jego stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
5. Wystąpienie InterRisk o informację, o której mowa w ust. 4, wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego lub osoby, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, albo jego przedstawiciela ustawowego.
6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, InterRisk w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z zawiadomieniem o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności InterRisk lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
7. W przypadku powzięcia przez InterRisk nowych informacji mających związek z ustaleniem zasadności zgłaszanych roszczeń lub wysokości świadczenia, InterRisk w terminie 7 dni od daty powzięcia dodatkowych informacji, pisemnie informuje Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.

§17

1. Ustalenie zasadności świadczeń następuje na podstawie przedłożonych dokumentów, jednakże InterRisk ma prawo do ich weryfikacji i zasięgnięcia opinii specjalistów.
2. InterRisk wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie na podstawie uznania roszczenia, po uprzednim przeprowadzeniu własnego postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonego roszczenia i wysokości świadczenia, zawartej ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
3. Świadczenie może być wypłacone przelewem bankowym.
4. Świadczenia wypłacane są w złotych polskich.
5. InterRisk spełnia świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.

6. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności InterRisk albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie wypłaca się w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia InterRisk wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku.
7. Jeżeli w terminie określonym w ust. 5 InterRisk nie wypłaci świadczenia, zawiadamia na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub części w powyższym terminie.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, InterRisk informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem oraz Ubezpieczonego, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, w terminach określonych w ust. 5 lub 6, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza o możliwości złożenia skargi lub reklamacji do InterRisk lub dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

- 5) Umowa ubezpieczenia nie jest objęta funduszem gwarancyjnym lub innym systemem gwarancyjnym.
- 6) Językiem stosowanym w relacjach pomiędzy InterRisk a konsumentem jest język polski.
- 7) Prawem właściwym dla stosunków InterRisk z konsumentem przed zawarciem umowy jak również prawem właściwym dla zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§20

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia złożone przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub InterRisk w związku z umową ubezpieczenia (dotyczące zarówno wykonania jak i rozwiązania lub wystąpienia z umowy ubezpieczenia) powinny być złożone na piśmie pod rygorem nieważności, za wyjątkiem przypadku, gdy podmioty te wyrażą zgodę na przekazywanie zawiadomień i oświadczeń w formie elektronicznej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Wszelkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstające w związku z nią mogą być przedmiotem rozstrzygnięcia przez Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego. Powyższe postanowienie nie stanowi zapisu na sąd polubowny.
4. InterRisk zobowiązany jest na podstawie ustawy o pozasądowym rozwiązaniu sporów konsumenckich do pozasądowego rozwiązywania sporów z konsumentami. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy konsumentami a InterRisk jest Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
5. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU jest prawo polskie.
6. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia kosztów leczenia **ANTIDOTUM plus** zostały zatwierdzone uchwałą nr 02/16/04/2024 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 16 kwietnia 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 25 kwietnia 2024 roku.
7. Integralną częścią niniejszych OWU są następujące Załączniki:
 - 1) Załącznik nr 1 – Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych,
 - 2) Załącznik nr 2 – Ubezpieczenie kosztów stomatologii,
 - 3) Załącznik nr 3 – Ubezpieczenie pobytu w szpitalu.

SKARGI I REKLAMACJE

§18

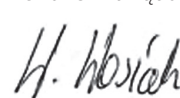
1. Poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu lub uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz będącemu osobą fizyczną spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do występowania z zastrzeżeniami dotyczącymi usług świadczonych przez InterRisk, w tym do zgłaszania skarg i zażaleń, zwanych dalej łącznie reklamacjami.
2. Reklamacja może być złożona:
 - 1) na piśmie – osobiście, w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów, za pośrednictwem operatora pocztowego lub kuriera, albo wysłana na adres do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych,
 - 2) ustnie – telefonicznie poprzez InterRisk Kontakt (nr tel.: 22 575 25 25) lub osobiście do protokołu w każdej jednostce organizacyjnej InterRisk obsługującej klientów,
 - 3) w postaci elektronicznej – wysyłając e-mail na adres: szkody@interrisk.pl.
3. InterRisk udziela odpowiedzi na reklamacje bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
4. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do maksymalnie 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. InterRisk informując o przedłużeniu terminu odpowiedzi na reklamacje wskazuje przyczynę opóźnienia, okoliczności, które muszą zostać ustalone oraz określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji.
5. InterRisk odpowiada na reklamacje osoby fizycznej na piśmie, a na wniosek tej osoby – pocztą elektroniczną. Na reklamacje złożone przez podmioty inne niż osoby fizyczne, InterRisk odpowiada w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.
6. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia oraz spadkobiercy posiadającemu interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z umowy ubezpieczenia, będącemu osobą fizyczną przysługuje prawo wystąpienia z wnioskiem o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego. Konsumentom przysługuje także prawo zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta.
7. InterRisk podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Prezes Zarządu



Piotr Narloch

Członek Zarządu



Włodzimierz Wasiak

POSTANOWIENIA MAJĄCE ZASTOSOWANIE DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ODLEGŁOŚĆ W ROZUMIENIU USTAWY O PRAWACH KONSUMENTA

§19

W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na odległość, w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta, do umowy mają zastosowanie następujące postanowienia:

- 1) Konsument, który zawarł na odległość umowę ubezpieczenia, może od niej odstąpić bez podania przyczyn, składając oświadczenie na piśmie, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy lub od dnia potwierdzenia informacji, o których mowa w art. 39 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli przed jego upływem oświadczenie zostało wysłane. W przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia InterRisk przysługuje wyłącznie część składki obliczonej proporcjonalnie za każdy dzień udzielania przez InterRisk ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Umowa ubezpieczenia nie wiąże się z ryzykiem finansowym wynikającym z jej szczególnych cech lub charakteru czynności, które mają być wykonane, a składka ubezpieczeniowa nie zależy od ruchu cen na rynku finansowym.
- 3) Konsument ponosi koszty wynikające ze środków porozumiewania się na odległość według taryfy operatora konsumenta.
- 4) Spory wynikające z umów zawartych pomiędzy konsumentami a InterRisk za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych mogą być rozwiązywane przez właściwe organy za pomocą europejskiej platformy pozasądowego rozwiązywania sporów dostępnej pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus
zatwierdzonych uchwałą nr 02/16/04/2024 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 16 kwietnia 2024 roku.

ZAKRES ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH W WARIANCIE STANDARD, ROZSZERZONY, COMPLEX

§1

Tabela Nr1

| I.p. | ŚWIADCZENIE MEDYCZNE | Wariant STANDARD | Wariant ROZSZERZONY | Wariant COMPLEX |
|----------|--|------------------|---------------------|-----------------|
| 1 | KONSULTACJE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ Usługa obejmuje nielimitowane wizyty w placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk, 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. Usługa 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. | | | |
| 1.1 | Internista | TAK | TAK | TAK |
| 1.2 | Pediatra | TAK | TAK | TAK |
| 1.3 | Lekarz medycyny rodzinnej | TAK | TAK | TAK |
| 2 | KONSULTACJE SPECJALISTÓW Usługa obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji Lekarzy w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk 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. Konsultacje specjalistów nie obejmują: 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. | | | |
| 2.1 | KONSULTACJE SPECJALISTÓW dla Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. (bez skierowania): | | | |
| 2.1.1 | Chirurg ogólny | TAK | TAK | TAK |
| 2.1.2 | Ginekolog | TAK | TAK | TAK |
| 2.1.3 | Laryngolog | TAK | TAK | TAK |
| 2.1.4 | Neurolog | TAK | TAK | TAK |
| 2.1.5 | Okulista | TAK | TAK | TAK |
| 2.1.6 | Ortopeda | TAK | TAK | TAK |
| 2.1.7 | Kardiolog | TAK | TAK | TAK |
| 2.1.8 | Alergolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.9 | Dermatolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.10 | Diabetolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.11 | Endokrynolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.12 | Gastroenterolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.13 | Hematolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.14 | Nefrolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.15 | Onkolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.16 | Pulmonolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.17 | Proktolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.18 | Reumatolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.19 | Urolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.1.20 | Ginekolog-endokrynolog | NIE | NIE | TAK |
| 2.2 | KONSULTACJE SPECJALISTÓW dla Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. (ze skierowaniem od lekarza placówki medycznej wskazanej przez Partnera Medycznego): | | | |
| 2.2.1 | Chirurg naczyniowy | NIE | NIE | TAK |
| 2.2.2 | Chirurg onkolog | NIE | NIE | TAK |
| 2.2.3 | Lekarz chorób zakaźnych | NIE | NIE | TAK |
| 2.2.4 | Hepatolog | NIE | NIE | TAK |
| 2.2.5 | Immunolog | NIE | NIE | TAK |
| 2.2.6 | Neurochirurg | NIE | NIE | TAK |
| 2.2.7 | Lekarz rehabilitacji medycznej | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|----------|--|-----|-----|-----|
| 2.3 | KONSULTACJE SPECJALISTÓW dla Ubezpieczonych poniżej 18 r.ż. (bez skierowania): | | | |
| 2.3.1 | Chirurg ogólny | TAK | TAK | TAK |
| 2.3.2 | Ginekolog (od 16 r.ż.) | TAK | TAK | TAK |
| 2.3.3 | Laryngolog | TAK | TAK | TAK |
| 2.3.4 | Neurolog | TAK | TAK | TAK |
| 2.3.5 | Okulista | TAK | TAK | TAK |
| 2.3.6 | Ortopeda | TAK | TAK | TAK |
| 2.3.7 | Dermatolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.4 | KONSULTACJE SPECJALISTÓW dla Ubezpieczonych poniżej 18 r.ż. (ze skierowaniem od lekarza placówki medycznej wskazanej przez Partnera Medycznego): | | | |
| 2.4.1 | Alergolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.4.2 | Gastroenterolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.4.3 | Kardiolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.4.4 | Nefrolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.4.5 | Pulmonolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.4.6 | Reumatolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.4.7 | Urolog | NIE | TAK | TAK |
| 2.4.8 | Diabetolog | NIE | NIE | TAK |
| 2.4.9 | Endokrynolog | NIE | NIE | TAK |
| 2.4.10 | Ginekolog (do 16 r.ż.) | NIE | NIE | TAK |
| 2.4.11 | Hematolog | NIE | NIE | TAK |
| 2.4.12 | Onkolog | NIE | NIE | TAK |
| 2.4.13 | Lekarz rehabilitacji medycznej | NIE | NIE | TAK |
| 3 | KONSULTACJE DIETETYKA Usługa umożliwia skorzystanie przez Ubezpieczonego z 3 wizyt dietetyka w 12-miesięcznym okresie obowiązywania umowy , obejmujących wywiad, zalecenia dietetyczne (bez indywidualnego ułożenia diety) w placówkach medycznych Partnera Medycznego | | | |
| 3.1. | Ubezpieczeni powyżej 18 r.ż. – wizyty bez skierowania | NIE | NIE | TAK |
| 3.2 | Ubezpieczeni do 18 r.ż. – wizyty wymagają skierowania od lekarza ambulatoryjnej placówki medycznej wskazanej przez InterRisk | NIE | NIE | TAK |
| 4 | KONSULTACJE SPECJALISTÓW: PSYCHIATRA, PSYCHOLOG, ANDROLOG, SEKSUOLOG, LOGOPEDA Usługa umożliwia Ubezpieczonemu skorzystanie ogółem łącznie z 3 konsultacji w 12-miesięcznym okresie obowiązywania umowy w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk. Usługa obejmuje: wywiad, poradę specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Usługa nie obejmuje konsultacji profesorskich, surdo- i neurologopedii jak również prowadzenia terapii. | | | |
| 4.1 | Ubezpieczeni powyżej 18 r.ż. – wizyty bez skierowania, dotyczą konsultacji w zakresie: | | | |
| 4.1.1 | Psychiatrii | NIE | NIE | TAK |
| 4.1.2 | Psychologii | NIE | NIE | TAK |
| 4.1.3 | Seksuologii | NIE | NIE | TAK |
| 4.1.4 | Andrologii | NIE | NIE | TAK |
| 4.1.5 | Logopedii | NIE | NIE | TAK |
| 4.2 | Ubezpieczeni do 18 r.ż. – wizyty bez skierowania, dotyczą konsultacji w zakresie: | | | |
| 4.2.1 | Psychiatrii | NIE | NIE | TAK |
| 4.2.2 | Psychologii | NIE | NIE | TAK |
| 4.2.3 | Logopedii | NIE | NIE | TAK |
| 5 | KONSULTACJE LEKARZY DYŻURNYCH Usługa obejmuje wyłącznie pomoc doraźną, podstawową w nagłym zachorowaniu, które wystąpiło w ciągu 24 h od momentu przyjęcia zgłoszenia chęci odbycia konsultacji. Lekarze dyżurni są dostępni w godzinach pracy placówek medycznych wskazanych przez InterRisk, wyłącznie w dniu jej zgłoszenia. Usługa nie obejmuje świadczeń zdrowotnych udzielanych w celu ratowania życia i zdrowia zgodnie z Ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2006.191.1410 ze zm.). Usługa zawiera: wywiad, poradę Lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia wstępnej diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej i dotyczy konsultacji w następującym zakresie: | | | |
| 5.1 | Internista | TAK | TAK | TAK |
| 5.2 | Pediatra | TAK | TAK | TAK |
| 5.3 | Lekarz medycyny rodzinnej | TAK | TAK | TAK |

| | | | | |
|----------|--|-----|-----|-----|
| 6 | 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. 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 poniżej wskazanych zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata. | | | |
| 6.1 | Iniekcja dożylna | TAK | TAK | TAK |
| 6.2 | Iniekcja podskórna / domięśniowa | TAK | TAK | TAK |
| 6.3 | Kroplówka w sytuacji doraźnej | TAK | TAK | TAK |
| 6.4 | Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej | TAK | TAK | TAK |
| 6.5 | Pomiar temperatury ciała (bez skierowania lekarza) | TAK | TAK | TAK |
| 6.6 | Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały | TAK | TAK | TAK |
| 6.7 | Pobranie krwi | TAK | TAK | TAK |
| 6.8 | Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania lekarza) | TAK | TAK | TAK |
| 6.9 | Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania lekarza) | TAK | TAK | TAK |
| 6.10 | Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi | TAK | TAK | TAK |
| 7 | ZABIEGI AMBULATORYJNE 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 InterRisk. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach posiadanego zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w placówce medycznej wskazanej przez InterRisk. 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 poniżej wskazanych zabiegów, od Ubezpieczonego pobierana jest opłata. | | | |
| 7.1 | Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie: | | | |
| 7.1.1 | Mierzenie RR / ciśnienia | TAK | TAK | TAK |
| 7.1.2 | Pomiar wzrostu i wagi ciała | TAK | TAK | TAK |
| 7.1.3 | Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne | TAK | TAK | TAK |
| 7.2 | Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne: | | | |
| 7.2.1 | Szycie rany do 1,5 cm | TAK | TAK | TAK |
| 7.2.2 | Usunięcie kleszcza – chirurgiczne | TAK | TAK | TAK |
| 7.2.3 | Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne | TAK | TAK | TAK |
| 7.2.4 | Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego) | TAK | TAK | TAK |
| 7.2.5 | Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia | TAK | TAK | TAK |
| 7.2.6 | Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk | TAK | TAK | TAK |
| 7.2.7 | Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez InterRisk – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza Partnera Medycznego (za wyjątkiem zdejmowania szwów po porodzie) | TAK | TAK | TAK |
| 7.2.8 | Szycie rany do 3 cm (w nagłych przypadkach wymagających niezwłocznej pomocy) | NIE | NIE | TAK |
| 7.2.9 | Usunięcie czyraka / drobnego ropnia powłok skórnych (do 2 cm) | NIE | NIE | TAK |
| 7.2.10 | Wycięcie chirurgiczne metodą klasyczną zmiany skórnej do 1,5 cm ze wskazań medycznych (nie obejmuje zmian usuwanych ze wskazań estetycznych, plastycznych) wraz ze standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z usuniętej zmiany skórnej | NIE | NIE | TAK |
| 7.3 | Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne: | | | |
| 7.3.1 | Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.2 | Katetyzacja trąbki słuchowej | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.3 | Płukanie ucha | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.4 | Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.5 | Proste opatrunki laryngologiczne | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.6 | Koagulacja naczyń przegrody nosa | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.7 | Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.8 | Usunięcie tamponady nosa | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.9 | Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.10 | Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.11 | Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk | TAK | TAK | TAK |

| | | | | |
|------------|--|-----|-----|-----|
| 7.3.12 | Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza Partnera Medycznego | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.13 | Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.14 | Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym | TAK | TAK | TAK |
| 7.3.15 | Wlewka krtaniowa | NIE | NIE | TAK |
| 7.3.16 | Podcięcie wędzidelka języka w jamie ustnej | NIE | NIE | TAK |
| 7.3.17 | Nacięcie krwiałków przegrody nosa | NIE | NIE | TAK |
| 7.3.18 | Nacięcie krwiałków małżowiny usznej | NIE | NIE | TAK |
| 7.3.19 | Nastawienie nosa zamknięte | NIE | NIE | TAK |
| 7.3.20 | Płukanie zatok | NIE | NIE | TAK |
| 7.4 | Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne: | | | |
| 7.4.1 | Standardowe* badanie dna oka | TAK | TAK | TAK |
| 7.4.2 | Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) | TAK | TAK | TAK |
| 7.4.3 | Gonioskopia (ocena kąta przesączania) | TAK | TAK | TAK |
| 7.4.4 | Usunięcie ciała obcego z oka | TAK | TAK | TAK |
| 7.4.5 | Badanie ostrości widzenia | TAK | TAK | TAK |
| 7.4.6 | Standardowe* badanie autorefraktometrem | TAK | TAK | TAK |
| 7.4.7 | Podanie leku do worka spojówkowego | TAK | TAK | TAK |
| 7.4.8 | Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego | TAK | TAK | TAK |
| 7.4.9 | Standardowe* badanie widzenia przestrzennego | TAK | TAK | TAK |
| 7.4.10 | Płukanie kanalików łzowych (dotyczy Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.) | TAK | TAK | TAK |
| 7.5 | Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne: | | | |
| 7.5.1 | Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy | TAK | TAK | TAK |
| 7.5.2 | Usunięcie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej | NIE | NIE | TAK |
| 7.5.3 | Wprowadzenie wewnątrzmacicznej wkładki antykoncepcyjnej | NIE | NIE | TAK |
| 7.5.4 | Zabiegi w obrębie szyjki macicy kriokoagulacja – leczenie nadżerki | NIE | NIE | TAK |
| 7.5.5 | Zabiegi w obrębie szyjki macicy i sromu metodą kriokoagulacji | NIE | NIE | TAK |
| 7.6 | Znieczulenia: | | | |
| 7.6.1 | Znieczulenie miejscowe: nasiąkowe lub powierzchniowe | TAK | TAK | TAK |
| 7.6.2 | Znieczulenie miejscowe (powierzchniowe) do endoskopii | NIE | NIE | TAK |
| 7.7 | Zabiegi ambulatoryjne ortopedyczne: | | | |
| 7.7.1 | Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy | NIE | TAK | TAK |
| 7.7.2 | Nastawienie zwłknięcia lub złamania | NIE | TAK | TAK |
| 7.7.3 | Przygotowanie gips tradycyjny – opaska | NIE | TAK | TAK |
| 7.7.4 | Założenie gipsu | NIE | TAK | TAK |
| 7.7.5 | Zdjęcie gipsu – kończyna dolna | NIE | TAK | TAK |
| 7.7.6 | Zdjęcie gipsu – kończyna górna | NIE | TAK | TAK |
| 7.7.7 | Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały | NIE | TAK | TAK |
| 7.7.8 | Wykonanie iniekcji dostawowej i okołostawowej | NIE | NIE | TAK |
| 7.7.9 | Punkcja dostawowa – pobranie materiału do badań | NIE | NIE | TAK |
| 7.7.10 | Blokada dostawowa i okołostawowa | NIE | NIE | TAK |
| 7.7.11 | Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – duże stawy | NIE | NIE | TAK |
| 7.7.12 | Unieruchomienie typu Dessault mały / duży | NIE | NIE | TAK |
| 7.7.13 | Założenie gipsu tradycyjnego typu gorset | NIE | NIE | TAK |
| 7.8 | Zabiegi ambulatoryjne dermatologiczne: | | | |
| 7.8.1 | Standardowa* dermatoskopia | NIE | TAK | TAK |
| 7.8.2 | Zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry | NIE | NIE | TAK |
| 7.8.3 | Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii 1 do 6 zmian | NIE | NIE | TAK |
| 7.8.4 | Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii 1 do 6 zmian | NIE | NIE | TAK |
| 7.8.5 | Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii od 7 do 10 zmian | NIE | NIE | TAK |
| 7.8.6 | Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii od 7 do 10 zmian | NIE | NIE | TAK |
| 7.9 | Zabiegi ambulatoryjne alergologiczne: | | | |
| 7.9.1 | Odczulanie wraz z konsultacją alergologa | NIE | TAK | TAK |

| | | | | |
|-----------|--|-----|-----|-----|
| 7.10 | Biopsje wraz z standardowym badaniem histopatologicznym – materiał z biopsji cienkoigłowej: | | | |
| 7.10.1 | Biopsja cienkoigłowa skóry / tkanki podskórnej | NIE | NIE | TAK |
| 7.10.2 | Biopsja cienkoigłowa sutka | NIE | NIE | TAK |
| 7.10.3 | Biopsja cienkoigłowa ślinianki | NIE | NIE | TAK |
| 7.10.4 | Biopsja cienkoigłowa tarczycy | NIE | NIE | TAK |
| 7.10.5 | Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych | NIE | NIE | TAK |
| 7.11 | Inne: | | | |
| 7.11.1 | Usunięcie cewnika Foleya | NIE | NIE | TAK |
| 7.11.2 | Wykonanie enemy | NIE | NIE | TAK |
| 7.11.3 | Założenie cewnika Foleya | NIE | NIE | TAK |
| 8 | SZCZEPZENIA PRZECIWKO GRYPIE I TĘŻCOWI | | | |
| | Usługa obejmuje w ramach profilaktyki chorób zakaźnych szczepienia przeciwko grypie sezonowej oraz przeciwko tężcowi (anatoksyna przeciw tężcowa). Usługa składa się z: konsultacji lekarskiej przed szczepieniem, szczepionki (preparat), wykonania usługi pielęgniarstwa w postaci iniekcji. | TAK | TAK | TAK |
| 9 | DODATKOWE SZCZEPZENIA Usługa jest dostępna w ramach dodatkowej profilaktyki chorób zakaźnych w placówkach medycznych Partnera Medycznego, na podstawie skierowania lekarza z ww. placówki. Usługa składa się z: konsultacji lekarskiej przed szczepieniem, szczepionki (preparat), wykonania usługi pielęgniarstwa w postaci iniekcji. Usługa obejmuje szczepienia przeciwko następującym chorobom (dotyczy również szczepionek skojarzonych): | | | |
| 9.1 | Odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych | NIE | NIE | TAK |
| 9.2 | Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A | NIE | NIE | TAK |
| 9.3 | Wirusowemu zapaleniu wątroby typu A i B | NIE | NIE | TAK |
| 9.4 | Różyczka, śwince, odrze | NIE | NIE | TAK |
| 9.5 | Śwince | NIE | NIE | TAK |
| 9.6 | Odrze | NIE | NIE | TAK |
| 10 | PANEL BADAŃ LABORATORYJNYCH bez skierowania 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: | | | |
| 10.1 | Mocz – badanie ogólne | TAK | TAK | TAK |
| 10.2 | Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny | TAK | TAK | TAK |
| 10.3 | Cholesterol całkowity | TAK | TAK | TAK |
| 10.4 | Glukoza na czczo | TAK | TAK | TAK |
| 10.5 | Standardowa cytologia szyjki macicy (dostępna dla Ubezpieczonych już od 16 r.ż.) | TAK | TAK | TAK |
| 11 | DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA I OBRAZOWA Usługa obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk. 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 Partnera Medycznego, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach. W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w niniejszej umowie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem usług. 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 TK, MR i USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji (w tym rozszerzonego USG genetycznego). | | | |
| 11.1 | Diagnostyka laboratoryjna: | | | |
| 11.1.1 | Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania: | | | |
| 11.1.1.1 | Eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi | TAK | TAK | NIE |
| 11.1.1.2 | Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny | TAK | TAK | NIE |
| 11.1.1.3 | OB / ESR | TAK | TAK | NIE |
| 11.1.1.4 | INR / Czas protrombinowy | TAK | TAK | NIE |
| 11.1.1.5 | Czas trombinowy – TT | TAK | TAK | NIE |
| 11.1.1.6 | APTT | TAK | TAK | NIE |
| 11.1.1.7 | Fibrynogen | TAK | TAK | NIE |
| 11.1.1.8 | Rozmaz ręczny krwi | NIE | TAK | NIE |
| 11.1.1.9 | Płytki krwi | NIE | TAK | NIE |
| 11.1.1.10 | D – Dimery | NIE | TAK | NIE |
| 11.1.1.11 | Białko S wolne | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.1.12 | Antytrombina III | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.1.13 | Białko C aktywność | NIE | NIE | TAK |

| 11.1.2 | Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania: | | | |
|-----------|---|-----|-----|-----|
| 11.1.2.1 | CRP ilościowo | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.2 | Transaminaza GPT / ALT | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.3 | Transaminaza GOT / AST | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.4 | Amylaza | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.5 | Albuminy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.6 | Białko całkowite | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.7 | Białko PAPP-a | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.8 | Bilirubina całkowita | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.9 | Bilirubina bezpośrednia | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.10 | Chlorki / Cl | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.11 | Cholesterol całkowity | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.12 | HDL Cholesterol | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.13 | LDL Cholesterol | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.14 | LDL Cholesterol oznaczany bezpośrednio | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.15 | CK (kinaza kreatynowa) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.16 | LDH – dehydrogen. mlec. | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.17 | Fosfataza zasadowa | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.18 | Fosfataza kwaśna | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.19 | Fosfor / P | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.20 | GGTP | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.21 | Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3h) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.22 | Glukoza na czczo | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.23 | Glukoza 120' po jedzeniu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.24 | Glukoza 60' po jedzeniu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.25 | Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.26 | Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.27 | Kreatynina | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.28 | Kwas moczowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.29 | Lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.30 | Magnez / Mg | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.31 | Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.32 | Potas / K | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.33 | Proteinogram | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.34 | Sód / Na | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.35 | Trójglicerydy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.36 | Wapń / Ca | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.37 | Żelazo / Fe | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.38 | Immunoglobulin IgE (IgE całkowite) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.39 | Immunoglobulin IgA | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.40 | Immunoglobulin IgG | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.41 | Immunoglobulin IgM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.42 | Kwas foliowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.43 | Witamina B12 | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.44 | Całkowita zdolność wiązania żelaza / TIBC – zastępuje Saturację Fe | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.45 | Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.46 | Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.47 | Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.48 | Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.49 | Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.50 | Ferrytyna | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.51 | Ceruloplazmina | TAK | TAK | TAK |

| | | | | |
|------------|--|-----|-----|-----|
| 11.1.2.52 | Transferyna | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.53 | Tyreoglobulina | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.54 | Apolipoproteina A1 | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.55 | Lipaza | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.56 | Miedź | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.57 | TSH / hTSH | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.58 | T3 Wolne | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.59 | T4 Wolne | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.60 | Total Beta-hCG | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.61 | AFP – alfa-fetoproteina | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.62 | PSA – wolna frakcja | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.63 | PSA całkowite | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.64 | CEA – antygen carcinoembrionalny | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.2.65 | Kortyzol po południu | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.66 | Kortyzol rano | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.67 | Prolaktyna 120' po obciążeniu MCP 1 tabl. | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.68 | Prolaktyna 30' po obciążeniu MCP 1 tabl. | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.69 | Prolaktyna 60' po obciążeniu MCP 1 tabl. | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.70 | Prolaktyna | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.71 | Estradiol | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.72 | FSH | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.73 | LH | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.74 | Progesteron | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.75 | Testosteron | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.76 | Testosteron wolny | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.77 | CA 125 | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.78 | CA 15.3 – antyg. raka sutka | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.79 | CA 19.9 – antyg. raka przewodu pokarmowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.2.80 | ALFA 1 – Antytrypsina | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.81 | Alfa – 1 – kwaśna glikoproteina (Orozomukoid) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.82 | Androstendion | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.83 | Beta – 2 – Mikroglobulina | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.84 | Ceruloplazmina | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.85 | Cholinesteraza | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.86 | Cholinesteraza krwinkowa / Acetylocholinesteraza krwinkowa | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.87 | Cynk | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.88 | Dehydroepiandrosteron (DHEA) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.89 | DHEA – S | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.90 | Cynkoprotoporfiryny w erytrocytach (ZnPP) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.91 | Erytropoetyna | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.92 | Estriol wolny | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.93 | Fosfataza kwaśna sterczowa | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.94 | Fosfataza zasadowa / – frakcja kostna | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.95 | Gastryna | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.96 | Haptoglobina | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.97 | Hb A1c – Hemoglobina glikowana | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.98 | Homocysteina | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.99 | Hormon adenokortykotropowy (ACTH) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.100 | Hormon wzrostu (GH) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.101 | IGF – BP 3 | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.102 | Insulina – Insulina 120' | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.103 | Insulina – Insulina 60' | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|------------|--|-----|-----|-----|
| 11.1.2.104 | Insulina – na czczo | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.105 | Insulina – po 75 g glukozy po 1 godzinie | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.106 | Insulina – po 75 g glukozy po 2 godzinach | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.107 | Insulina – po 75 g glukozy po 3 godzinach | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.108 | Insulina – po 75 g glukozy po 4 godzinach | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.109 | Insulina – po 75 g glukozy po 5 godzinach | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.110 | CK – MB – aktywność | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.111 | CK – MB – mass | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.112 | Kalcytonina | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.113 | Klirens kreatyniny | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.114 | Mioglobina | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.115 | Osteokalcyna (marker tworzenia kości) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.116 | Parathormon | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.117 | Peptyd C | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.118 | Utajona zdolność wiązania żelaza (UIBC) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.119 | Witamina D3 – metabolit 25 OH | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.120 | T3 Całkowite | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.121 | T4 Całkowite | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.122 | Somatomedyna – (IGF – 1) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.123 | PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA / PSA) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.124 | Retikulocyty | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.125 | SCC – antygen raka płaskonabłonkowego | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.126 | SHBG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.127 | Łańcuchy lekkie kappa w surowicy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.128 | Łańcuchy lekkie lambda w surowicy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.129 | Cystatyna C | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.130 | Makroprolaktyna | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.131 | Aktywność reninowa osocza | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.132 | Enzym konwertujący angiotensynę | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.133 | Apo A1 | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.134 | Aldolaza | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.135 | 17 – OH Progesteron | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.2.136 | Aldosteron | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3 | Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania: | | | |
| 11.1.3.1 | Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.2 | ASO ilościowo | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.3 | ASO jakościowo | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.4 | RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.5 | Odczyn Waaler-Rose | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.6 | Test BTA | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.7 | Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przegładowe | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.8 | P / ciała odpornościowe przegładowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh – /) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.9 | HBs Ag / antygen | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.10 | CMV IgG | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.11 | CMV IgM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.12 | HBs Ab / przeciwciała | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.13 | HIV I / HIV II | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.14 | EBV / Mononukleozę – lateks | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.15 | EBV / Mononukleozę IgG | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.16 | EBV / Mononukleozę IgM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.17 | Toksoplazmoza IgG | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.3.18 | Toksoplazmoza IgM | TAK | TAK | TAK |

| | | | | |
|-----------|--|-----|-----|-----|
| 11.1.3.19 | P / ciała a-mikrosomalne / Anty TPO | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.3.20 | P / ciała a-tyreoglobulinowe / Anty TG | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.3.21 | HCV Ab / przeciwciała | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.3.22 | Helicobacter Pylori IgG ilościowo | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.3.23 | Różyczka IgG | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.3.24 | Różyczka IgM | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.3.25 | P / ciała p / chlamydia trachomatis IgA | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.3.26 | P / ciała p / chlamydia trachomatis IgG | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.3.27 | P / ciała p / chlamydia trachomatis IgM | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.3.28 | HBc Ab IgM | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.3.29 | C1 – inhibitor | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.30 | C1 – inhibitor – (aktywność) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.31 | C3 składowa dopełniacza | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.32 | C4 składowa dopełniacza | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.33 | Anty – HAV – IgM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.34 | Anty – HAV – total | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.35 | Antykoagulant toczniowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.36 | Bąblowica (Echinococcus granulosus) IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.37 | Borelioza IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.38 | Borelioza IgG – met. western – blot (test potwierdzenia) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.39 | Borelioza IgM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.40 | Borelioza IgM – met. western – blot (test potwierdzenia) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.41 | Brucelozę – IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.42 | Brucelozę – IgM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.43 | Glista ludzka (ASCARIS) IGG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.44 | Cytomegalia – IgG test awidności | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.45 | HBc Ab total | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.46 | HBe Ab | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.47 | Hbe Ag | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.48 | HSV / Herpes 1 i 2 – IgG – jakościowo | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.49 | HSV / Herpes 1 i 2 – IgM – jakościowo | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.50 | hsCRP | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.51 | Mycoplasma pneumoniae – IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.52 | Mycoplasma pneumoniae – IgM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.53 | Odczyn – FTA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.54 | Odczyn – TPHA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.55 | Oznaczenie antygeny HLA B27 | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.56 | P / c. p. antygenom cytoplazmy neutrofilów ANCA (pANCA i cANCA) met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.57 | P / c. p. mięśniom poprzecznie prążkowanym i p. mięśniowi sercowemu (miasthenia gravis) met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.58 | P / c. p. nukleosomom (ANuA) (IMMUNOBLOT) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.59 | P / ciała antykardiolipinowe – IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.60 | P / ciała antykardiolipinowe – IgM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.61 | P / ciała antykardiolipinowe – IgM i IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.62 | P / ciała p. mikrosomom wątroby i nerki (anty – LKM) met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.63 | P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgA met. ELISA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.64 | P / ciała p. transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) – w kl. IgG met. ELISA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.65 | P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.66 | P / ciała p / – Beta – 2 – glikoproteinie – 1 IGM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.67 | P / ciała p / – Beta – glikoproteinie IGG i IGM (łącznie) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.68 | P / ciała p / – CCP | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.69 | P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgA (łącznie) met. IIF | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|------------|---|-----|-----|-----|
| 11.1.3.70 | P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgG (łącznie) met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.71 | P / ciała p / – endomysium i gliadynie w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.72 | P / ciała p / – fosfatydyloinozytolowi IGG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.73 | P / ciała p / – fosfatydyloinozytolowi IGM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.74 | P / ciała p / – korze nadnerczy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.75 | P / ciała p / – transglutaminazie tkankowej (anty – tGT) w kl. IgG i IgA met. ELISA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.76 | P / ciała p / – wyspom trzust., kom. zewnątrzdzielniczym trzust. i kom. kubkowatym jelit met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.77 | P / ciała p / Coxackie | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.78 | P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.79 | P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.80 | P / ciała p / chlamydia pneumoniae IgM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.81 | P / ciała p / czynnikowi wew. Castlea i kom. okładzinowym żółądka (APCA) met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.82 | P / ciała p / DNA dwuniciowemu / natywnemu – dsDNA (nDNA) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.83 | P / ciała p / endomysium – IgA – EmA IgA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.84 | P / ciała p / endomysium – IgG – EmA IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.85 | P / ciała p / endomysium IgG, IgA EmA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.86 | P / ciała p / gliadynie (AGA) – w kl. IgG i IgA (łącznie) met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.87 | P / ciała p / gliadynie klasy IgA – AGA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.88 | P / ciała p / gliadynie klasy IgG – AGA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.89 | P / ciała p / jądrowe – i p. cytoplazmatyczne (ANA1), test przesiewowy met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.90 | P / ciała p / komórkom mięśnia sercowego (HMA) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.91 | P / ciała p / komórkom okładzinowym żółądka – (APCA) met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.92 | P / ciała p / mięśniom gładkim ASMA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.93 | P / ciała p / mitochondrialne AMA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.94 | P / ciała p / mitochondrialne AMA typ M2 | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.95 | P / ciała panel wątrobowy – (anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.96 | P / ciała panel wątrobowy pełny – (ANA2, AMA, ASMA, anty – LKM, anty – LSP, anty – SLA) met. IIF, DID | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.97 | P / ciała przeciw receptorom acetylocholino (AChR – Ab) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.98 | P / ciała przeciw receptorom TSH (TRAb) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.99 | P / ciała przeciwjądrowe – (m.in. histonowe, Ku, rib – P – Protein) (ANA3) met. Immunoblotingu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.100 | P / ciała przeciwjądrowe – i p. cytoplazmatyczne (ANA2) met. IIF, DID | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.101 | Krzusiec – IgA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.102 | Krzusiec – IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.103 | Krzusiec – IgM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.104 | Listerioza – jakościowo | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.105 | Pneumocystoza – IgG – jakościowo | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.106 | Pneumocystoza – IgM – jakościowo | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.107 | Toksoplazmoza – IgG test awidności | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.108 | Toxocarozę IgG (półilościowo) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.109 | Świnka – IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.110 | Świnka – IgM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.111 | SLE – półilościowo | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.112 | Serologia kiły – test potwierdzenia – FTA – ABS | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.113 | P / c. p. ds. DNA met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.114 | P / c. p. kanalikom żółciowym met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.115 | P / c. p. antygenowi cytoplazmatycznemu wątroby typu 1 (anty – LC – 1) met. Immunoblotingu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.116 | P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgA met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.117 | P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgG met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.118 | P / c. p. retikulinie (ARA) w kl. IgA i IgG (łącznie) met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.119 | P / c. p. mięśniom poprzecznie prążkowanym met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.120 | P / c. p. błonie podstawnej kłęb. Nerkowych (anty – GMB) i błonie pęch. płucnych met. IIF | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|------------|--|-----|-----|-----|
| 11.1.3.121 | P / c. p. saccharomyces cerevisiae (ASCA) IgG met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.122 | P / c. p. pemphigus i pemphigoid met. IIF | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.123 | P / c. p. gliście ludzkiej IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.124 | P / c. p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgA+IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.125 | P / c. p. endomysium, retikulinie i gliadynie IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.126 | P / c. p. endomysium i retikulinie IgA | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.127 | P / c. p. endomysium i retikulinie IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.128 | Odkleszczowe zapalenia mózgu przeciwciała w kl. IgM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.129 | Włośnica IgG | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.130 | P / c. p. dekarboksylazie kw. glutaminowego (anty GAD) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.3.131 | P / c. p. fosfatazie tyrozynowej (IA2) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4 | Badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania: | | | |
| 11.1.4.1 | Mocz – badanie ogólne | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.2 | Białko w moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.3 | Białko całkowite / DZM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.4 | Fosfor w moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.5 | Fosfor w moczu / DZM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.6 | Kreatynina w moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.7 | Kreatynina w moczu / DZM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.8 | Kwas moczowy w moczu / DZM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.9 | Kwas moczowy w moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.10 | Magnez / Mg w moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.11 | Magnez / Mg w moczu DZM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.12 | Mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.13 | Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN w moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.14 | Sód / Na w moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.15 | Sód / Na w moczu / DZM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.16 | Wapń w moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.17 | Wapń w moczu / DZM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.18 | Potas / K w moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.19 | Potas / K w moczu / DZM | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.20 | Ołów / Pb w moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.4.21 | Kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.4.22 | Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.4.23 | Kwas delta – aminolewulinowy (ALA) w DZM | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.4.24 | Katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.4.25 | Kortyzol w DZM | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.4.26 | Metoksykatecholaminy w DZM | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.4.27 | Albumina w moczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.28 | Aldosteron w DZM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.29 | Amylaza w moczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.30 | Białko Bence Jonesa w moczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.31 | Chlorki / Cl w moczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.32 | Chlorki / Cl w moczu / DZM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.33 | Glukoza i ketony w moczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.34 | Kadm w moczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.35 | Koproporfiryny w moczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.36 | Kwas 5 – hydroksyindoloctowy w DZM (5 – HIAA) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.37 | Kwas hipurowy w moczu / DZM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.38 | Wskaźnik albumina / kreatynina w moczu (ACR) – (d. Mikroalbuminuria w moczu) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.39 | Rtęć / Hg w moczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.40 | Łańcuchy lekkie kappa w moczu | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|-----------|---|-----|-----|-----|
| 11.1.4.41 | Łańcuchy lekkie lambda w moczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.42 | Białko Bence' a – Jonesa w moczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.43 | Szczawiany w DZM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.44 | 17 – ketosterydy w DZM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.45 | Aldosteron w DZM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.46 | 17 – hydroksykortykosteroidy w DZM | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.4.47 | Skład chemiczny kamienia nerkowegoPyrylinks D (marker resorpcji kości) | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5 | Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej): | | | |
| 11.1.5.1 | Posiew moczu | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.2 | Kał posiew ogólny | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.3 | Wymaz z gardła / migdałków – posiew tlenowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.4 | Wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.5 | Wymaz z języka – posiew tlenowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.6 | Wymaz z nosogardła – posiew beztlenowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.7 | Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.8 | Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.9 | Wymaz z pochwy – posiew beztlenowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.10 | Wymaz z pochwy – posiew tlenowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.11 | Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.12 | Kał posiew w kierunku SS | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.13 | Czystość pochwy (biocenoza pochwy) | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.14 | Wymaz z kanału szyjki macicy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.15 | Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew beztlenowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.16 | Posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z kanału szyjki macicy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.5.17 | Wymaz z ucha – posiew beztlenowy | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.18 | Wymaz z ucha – posiew tlenowy | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.19 | Wymaz z oka – posiew tlenowy | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.20 | Wymaz z nosa | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.21 | Wymaz z nosa – posiew tlenowy | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.22 | Wymaz z rany | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.23 | Wymaz z rany – posiew beztlenowy | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.24 | Posiew nasienia tlenowy | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.25 | Posiew płwociny | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.26 | Kał posiew w kier. E. Coli patogenne u dzieci do lat 2 | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.27 | Kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.28 | Wymaz z cewki moczowej | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.29 | Wymaz z cewki moczowej – posiew beztlenowy | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.5.30 | Posiew pokarmu – z piersi lewej – tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.31 | Posiew pokarmu – z piersi prawej – tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.32 | Posiew treści ropnia | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.33 | Posiew treści ropnia – beztlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.34 | Posiew w kierunku GC (GNC) – wymaz z cewki moczowej | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.35 | Seton z ucha – lewego – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.36 | Seton z ucha – prawego – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.37 | Wydzielina z piersi – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.38 | Wymaz spod napletka – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.39 | Wymaz z czyraków | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.40 | Wymaz z dziąseł – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.41 | Wymaz z języka – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.42 | Wymaz z krtani – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.43 | Wymaz z krtani – w kierunku Pneumocistis carini | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.44 | Wymaz z odbytu – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|-----------|---|-----|-----|-----|
| 11.1.5.45 | Wymaz z odbytu – posiew w kierunku SS | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.46 | Wymaz z owrzodzenia – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.47 | Wymaz z pępka – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.48 | Wymaz z prąca – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.49 | Wymaz z warg sromowych – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.50 | Wymaz ze zmian skórnych – posiew tlenowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.51 | Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.52 | Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – inny materiał | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.53 | Chlamydia pneumoniae antygen met. IIF wymaz – z gardła | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.54 | Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – inny materiał | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.55 | Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z cewki moczowej | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.56 | Chlamydia trachomatis antygen met. IIF wymaz – z kanału szyjki macicy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.57 | Eozynofile w wymazie z nosa | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.58 | Mycoplasma hominis i Ureaplasma urealiticum – wymaz z cewki moczowej | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.59 | Mycoplasma hominis i Ureaplasma urealiticum – wymaz z kanału szyjki macicy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.5.60 | Owsiki – wymaz z odbytu | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.6 | Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania: | | | |
| 11.1.6.1 | Kał badanie ogólne | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.6.2 | Krew utajona w kale / F.O.B. | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.6.3 | Kał na pasożyty 1 próba | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.6.4 | Kał na Rota i Adenowirusy | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.6.5 | Kał na Lamblię ELISA | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.6.6 | Helicobacter Pylori – antygen w kale | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.6.7 | Kał – Clostridium difficile – antygen GDH i toksyna A / B | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.7 | Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania: | | | |
| 11.1.7.1 | Standardowa* cytologia szyjki macicy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.7.2 | Standardowe* cytologiczne badanie błony śluzowej nosa | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8 | Badania mykologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej): | | | |
| 11.1.8.1 | Kał posiew w kierunku grzybów drożdż. | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.8.2 | Posiew moczu w kierunku grzybów drożdż. | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.8.3 | Wymaz z gardła / migdałków posiew w kierunku grzybów drożdż. | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.8.4 | Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew w kierunku grzybów drożdż. | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.8.5 | Wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdż. | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.8.6 | Wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdż. | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.8.7 | Wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdż. | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.8.8 | Wymaz z języka posiew w kierunku grzybów drożdż. | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.8.9 | Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokiec stopy | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.10 | Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokiec ręki | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.11 | Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów włosy | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.12 | Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów wymaz ze skóry | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.13 | Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeszkrobiny skórne | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.14 | Posiew płwociny w kierunku grzybów drożdż. | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.15 | Posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdż. | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.16 | Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wydzielina | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.17 | Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wymaz | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.18 | Wymaz z cewki moczowej posiew w kierunku grzybów drożdż. | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.19 | Wymaz z nosa – posiew w kierunku grzybów drożdż. | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.20 | Wymaz z oka – posiew w kierunku grzybów drożdż. | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.21 | Wymaz z rany – posiew w kierunku grzybów drożdż. | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.22 | Wymaz z ucha – posiew w kierunku grzybów drożdż. | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.8.23 | Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – naskórek dłoni – zeszkrobiny | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8.24 | Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – naskórek stóp – zeszkrobiny | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|-----------|--|-----|-----|-----|
| 11.1.8.25 | Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów – skóra owłosiona głowy – zeszkrobiny | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8.26 | Posiew nasienia w kierunku grzybów drożdż. | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8.27 | Wymaz spod napletka – posiew w kierunku grzybów drożdż. | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8.28 | Wymaz z dziąseł – posiew w kierunku grzybów drożdż. | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8.29 | Wymaz z krtani – posiew w kierunku grzybów drożdż. | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8.30 | Wymaz z okolicy odbytu – posiew w kierunku grzybów | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8.31 | Wymaz z owrzodzenia – posiew w kierunku grzybów | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8.32 | Wymaz z prącia – posiew w kierunku grzybów drożdż. | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8.33 | Wymaz z warg sromowych – posiew w kierunku grzybów drożdż. | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.8.34 | Wymaz ze zmian skórnych – posiew w kierunku grzybów | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.9 | Szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania: | | | |
| 11.1.9.1 | CRP – test paskowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.9.2 | Cholesterol badanie paskowe | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.9.3 | Glukoza badanie glukometrem | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.9.4 | Troponina – badanie paskowe | TAK | TAK | TAK |
| 11.1.9.5 | Wymaz z gardła w kierunku Streptococcus A. – szybki test | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.10 | Badania toksykologiczne wraz z pobraniem materiału (krew do badania): | | | |
| 11.1.10.1 | Digoksyna | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.10.2 | Ołów | NIE | TAK | TAK |
| 11.1.10.3 | Karbamazepina | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.10.4 | Kwas walproinowy | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.10.5 | Kwasy żółciowe | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.10.6 | Lit | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.10.7 | Badanie toksykologiczne – methemoglobina ilościowo | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.10.8 | Fenytoina, ilościowo | NIE | NIE | TAK |
| 11.1.10.9 | Cyklosporyna A, ilościowo | NIE | NIE | TAK |
| 11.2 | Diagnostyka obrazowa: | | | |
| 11.2.1 | Badania elektrokardiograficzne: | | | |
| 11.2.1.1 | Badanie EKG – spoczynkowe | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.1.2 | Standardowa* próba wysiłkowa | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.1.3 | Założenie standardowego* Holtera EKG (na 24h) w gabinecie | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.1.4 | Założenie Holtera RR (na 24h) w gabinecie | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.1.5 | Próba wysiłkowa EKG wysiłkowe na cykloergometrze | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.1.6 | Założenie Holtera EKG z 12 odprowadzeniami (na 24h) | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.2 | Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej): | | | |
| 11.2.2.1 | RTG czaszki oczodoły | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.2 | RTG oczodoły + boczne (2 projekcje) | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.3 | RTG czaszki PA + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.4 | RTG czaszki PA + bok + podstawa | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.5 | RTG czaszki podstawa | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.6 | RTG czaszki półosiowe wg Orleya | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.7 | RTG czaszki siodło tureckie | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.8 | RTG czaszki styczne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.9 | RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.10 | RTG twarzoczaszki | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.11 | RTG jamy brzusznej inne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.12 | RTG jamy brzusznej na leżąco | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.13 | RTG jamy brzusznej na stojąco | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.14 | RTG klatki piersiowej | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.15 | RTG klatki piersiowej + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.16 | RTG klatki piersiowej bok z barytem | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.17 | RTG klatki piersiowej inne | TAK | TAK | TAK |

| | | | | |
|-----------|---|-----|-----|-----|
| 11.2.2.18 | RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.19 | RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.20 | RTG kości krzyżowej i guzicznej | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.21 | RTG nosa boczne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.22 | RTG podudzia (goleni) AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.23 | RTG podudzia (goleni) AP + bok obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.24 | RTG uda + podudzia | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.25 | RTG kości udowej AP + bok lewej | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.26 | RTG kości udowej AP + bok prawej | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.27 | RTG barku / ramienia – osiowe | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.28 | RTG barku / ramienia – osiowe obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.29 | RTG barku / ramienia AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.30 | RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.31 | RTG barku / ramienia AP | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.32 | RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.33 | RTG przedramienia AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.34 | RTG przedramienia obu przedramion AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.35 | RTG łokcia / przedramienia AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.36 | RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.37 | RTG kości skroniowych transorbitalne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.38 | RTG kości skroniowych wg Schullera / Steversa | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.39 | RTG piramid kości skroniowej transorbitalne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.40 | RTG ręki bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.41 | RTG ręki PA | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.42 | RTG ręki PA obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.43 | RTG palec / palce PA + bok / skos | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.44 | RTG palec / palce PA + bok / skos obu rąk | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.45 | RTG kości łódeczkowatej | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.46 | RTG stopy AP + bok / skos | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.47 | RTG stopy AP + bok / skos – na stojąco | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.48 | RTG stopy AP + bok / skos obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.49 | RTG stopy AP + bok / skos obu – na stojąco | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.50 | RTG stóp AP (porównawczo) | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.51 | RTG kości śródstopia | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.52 | RTG palca / palców stopy AP + bok / skos | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.53 | RTG pięty + osiowe | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.54 | RTG pięty boczne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.55 | RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.56 | RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.57 | RTG kręgosłupa lędźwiowego bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.58 | RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego skosy | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.59 | RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.60 | RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.61 | RTG kręgosłupa piersiowego | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.62 | RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.63 | RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.64 | RTG kręgosłupa piersiowego bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.65 | RTG kręgosłupa piersiowego skosy | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.66 | RTG kręgosłupa szyjnego | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.67 | RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.68 | RTG kręgosłupa szyjnego bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.69 | RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje) | TAK | TAK | TAK |

| | | | | |
|------------|---|-----|-----|-----|
| 11.2.2.70 | RTG kręgosłupa szyjnego skosy | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.71 | RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.72 | RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza) | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.73 | RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza) | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.74 | RTG łopatki | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.75 | RTG miednicy i stawów biodrowych | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.76 | RTG mostka AP | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.77 | RTG mostka / boczne klatki piersiowej | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.78 | RTG żuchwy | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.79 | RTG zatok przynosowych | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.80 | RTG żeber (1 strona) w 2 skosach | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.81 | RTG nadgarstka boczne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.82 | RTG nadgarstka boczne – obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.83 | RTG nadgarstka PA + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.84 | RTG nadgarstka PA + bok obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.85 | RTG ręki PA + skos | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.86 | RTG ręki PA + skos obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.87 | RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos lewego | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.88 | RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos prawego | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.89 | RTG obu nadgarstków / dłoni PA + bok / skos | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.90 | RTG nadgarstka / dłoni PA + bok / skos obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.91 | RTG rzepki osiowe obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.92 | RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.93 | RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.94 | RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.95 | RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.96 | RTG stawu biodrowego AP | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.97 | RTG stawu biodrowego AP obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.98 | RTG stawu biodrowego osiowe | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.99 | RTG stawu kolanowego AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.100 | RTG stawu kolanowego AP + bok obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.101 | RTG stawu kolanowego AP + bok obu – na stojąco | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.102 | RTG stawu kolanowego boczne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.103 | RTG stawu łokciowego | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.104 | RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.105 | RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.106 | RTG nosogardła | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.107 | RTG barku (przez klatkę) | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.108 | RTG barku AP + osiowe | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.109 | RTG obojczyka | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.2.110 | RTG klatki piersiowej – RTG tomograf | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.2.111 | RTG czynnościowe stawów skroniowo żuchwowych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.2.112 | Urografia (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi) | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.2.113 | RTG przedramienia obu przedramion AP + bok | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.2.114 | RTG jelita grubego – wlew doodbytniczy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi) | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.2.115 | RTG krtani – tomogram | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.2.116 | RTG pasaż jelita cienkiego (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi) | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.2.117 | RTG przełyku, żołądka i 12-cy (wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi) | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.3 | Badania ultrasonograficzne: | | | |
| 11.2.3.1 | USG jamy brzusznej | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.3.2 | USG piersi | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.3.3 | USG tarczycy | TAK | TAK | TAK |

| | | | | |
|-----------|---|-----|-----|-----|
| 11.2.3.4 | USG prostaty przez powłoki brzuszne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.3.5 | USG ginekologiczne transwaginalne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.3.6 | USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.3.7 | USG układu moczowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.8 | USG narządów moczny (jąder) | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.9 | USG ślinianek | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.10 | USG transrektalne prostaty | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.11 | USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.12 | USG / doppler tętnic kończyn dolnych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.13 | USG / doppler tętnic kończyn górnych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.14 | USG / doppler żył kończyn dolnych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.15 | USG / doppler żył kończyn górnych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.16 | USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.17 | USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego) | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.18 | USG / doppler tętnic nerkowych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.19 | USG / doppler tętnic wewnątrzczaszkowych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.20 | USG stawów biodrowych dzieci | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.21 | USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 roku życia) | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.22 | USG stawu biodrowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.23 | USG stawu kolanowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.24 | USG stawu łokciowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.25 | USG stawu skokowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.26 | USG stawu barkowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.27 | USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki etc.) | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.28 | USG krwiaka pourazowego mięśni | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.29 | USG węzłów chłonnych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.30 | USG nadgarstka | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.31 | USG więzadeł, mięśni, drobnych stawów | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.32 | USG śródstopia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.33 | USG rozciągnięta podszwowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.34 | USG stawów śródreżca i palców | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.35 | USG ścięgna Achillesa | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.36 | USG układu moczowego + TRUS | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.37 | USG przeziemiączkowe | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.38 | Echokardiografia – USG serca | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.3.39 | USG krtani | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.3.40 | USG gałek ocznych i oczodołów | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.4 | Badania endoskopowe wraz z pobraniem wycinków endoskopowych: | | | |
| 11.2.4.1 | Anoskopia | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.4.2 | Gastroskopia (z testem ureazowym) | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.4.3 | Rektoskopia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.4.4 | Sigmoidoskopia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.4.5 | Kolonoskopia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.4.6 | Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5 | Rezonans magnetyczny wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi (za wyj. MR – Rezonans magnetyczny głowy): | | | |
| 11.2.5.1 | MR – Rezonans magnetyczny głowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.5.2 | MR – Rezonans magnetyczny angio głowy | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.3 | MR – Rezonans magnetyczny głowy + angio | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.4 | MR – Rezonans magnetyczny – głowy i przysadki mózgowej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.5 | MR – Rezonans magnetyczny twarzoczaszki | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.6 | MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.7 | MR – Rezonans magnetyczny miednicy mniejszej | NIE | TAK | TAK |

| | | | | |
|-----------|---|-----|-----|-----|
| 11.2.5.8 | MR – Rezonans magnetyczny miednicy kostnej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.9 | MR – Rezonans magnetyczny jamy brzusznej i miednicy mniejszej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.10 | MR – Rezonans magnetyczny klatki piersiowej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.11 | MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.12 | MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.13 | MR – Rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.14 | MR – Rezonans magnetyczny oczodołów | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.15 | MR – Rezonans magnetyczny zatok | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.16 | MR – Rezonans magnetyczny przysadki | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.17 | MR – Rezonans magnetyczny stawu barkowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.18 | MR – Rezonans magnetyczny stawu łokciowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.19 | MR – Rezonans magnetyczny stawu kolanowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.20 | MR – Rezonans magnetyczny nadgarstka | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.21 | MR – Rezonans magnetyczny stawu skokowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.22 | MR – Rezonans magnetyczny stawu biodrowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.23 | MR – Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.24 | MR – Rezonans magnetyczny stopy | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.25 | MR – Rezonans magnetyczny podudzia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.26 | MR – Rezonans magnetyczny uda | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.27 | MR – Rezonans magnetyczny przedramienia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.28 | MR – Rezonans magnetyczny ramienia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.29 | MR – Rezonans magnetyczny ręki | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.5.30 | MR – Rezonans magnetyczny szyi | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.6 | Tomografia komputerowa wraz ze standardowymi środkami kontrastowymi (za wyj. TK – Tomografia komputerowa głowy): | | | |
| 11.2.6.1 | TK – Tomografia komputerowa głowy | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.6.2 | TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.3 | TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.4 | TK – Tomografia komputerowa zatok | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.5 | TK – Tomografia komputerowa oczodołów | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.6 | TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.7 | TK – Tomografia komputerowa szyi | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.8 | TK – Tomografia komputerowa krtani | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.9 | TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.10 | TK – Tomografia komputerowa – klatki piersiowej niskodawkowa | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.11 | TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (HRCT) | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.12 | TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.13 | TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej Trójfazowa | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.14 | TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.15 | TK – Tomografia komputerowa miednicy kostnej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.16 | TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.17 | TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.18 | TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.19 | TK – Tomografia komputerowa szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.20 | TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.21 | TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.22 | TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.23 | TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.24 | TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.25 | TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.26 | TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.27 | TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.28 | TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego | NIE | TAK | TAK |

| | | | | |
|-----------|--|-----|-------------------|-----|
| 11.2.6.29 | TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.30 | TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.31 | TK – Tomografia komputerowa nadgarstka | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.32 | TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.33 | TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.34 | TK – Tomografia komputerowa stopy | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.35 | TK – Tomografia komputerowa uda | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.36 | TK – Tomografia komputerowa podudzia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.37 | TK – Tomografia komputerowa ramienia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.38 | TK – Tomografia komputerowa przedramienia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.39 | TK – Tomografia komputerowa ręki | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.6.40 | TK – Tomografia komputerowa – Angio aorty brzusznej | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.6.41 | TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – badanie żył i zatok mózgu | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.6.42 | TK – Tomografia komputerowa – Angio głowy – tętnice | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.7 | Badania EEG: | | | |
| 11.2.7.1 | EEG standardowe* | NIE | TAK w czuwaniu | TAK |
| 11.2.7.2 | Badanie EEG standardowe * – (dzieci) | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.8 | Badania EMG | | | |
| 11.2.8.1 | Badanie EMG – elektromiografia – zespół cieśni nadgarstka | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.9 | Inne badania diagnostyczne: | | | |
| 11.2.9.1 | Spirometria bez leku | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.9.2 | Audiometr standardowy* | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.9.3 | Mammografia | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.9.4 | Mammografia – zdjęcie celowane | TAK | TAK | TAK |
| 11.2.9.5 | Spirometria – próba rozkurczowa | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.9.6 | Densytometria kręgosłup lędźwiowy (ocena kości beleczkowej) – screening | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.9.7 | Densytometria szyjka kości udowej (ocena kości korowej) – screening | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.9.8 | Badanie uroflowmetryczne | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.9.9 | Komputerowe pole widzenia | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.9.10 | Badanie adaptacji do ciemności | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.9.11 | Pachymetria | NIE | TAK | TAK |
| 11.2.9.12 | Badanie GDx | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.9.13 | Badanie OCT – dwoje oczu | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.9.14 | Badanie OCT – jedno oko | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.9.15 | Palestyzjometria (czucie wibracji) | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.9.16 | Próba błędnikowa | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.9.17 | Próba oziębieniowa | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.9.18 | Próba oziębieniowa – z termometrią skórną i próbą uciskową | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.9.19 | Tympanometria | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.9.20 | Audiometr standardowy – audiometria nadprogowa | NIE | NIE | TAK |
| 11.2.9.21 | Audiometr standardowy – audiometria słowna | NIE | NIE | TAK |
| 12 | PROWADZENIE CIĄŻY Usługa obejmuje prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym przez Lekarza w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk zgodnie ze standardami Partnera Medycznego i składa się z czynnego poradnictwa zdrowotnego w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu. Usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej; badania ultrasonograficzne obejmują prezentację 2D i nie obejmują rozszerzonego USG genetycznego. Realizacja poniżej wskazanego zakresu badań jest dostępna na podstawie okazania karty przebiegu ciąży wydanej Ubezpieczonej przez ambulatoryjną placówkę medyczną wskazaną przez InterRisk. Poniżej wskazany zakres badań nie ogranicza możliwości skierowania na badania spoza programu i zakresu usług, ale nie obejmuje ich kosztów – również w przypadku pojawienia się podczas ciąży Ubezpieczonej, wskazań medycznych do wykonania badań, nieobjętych powyższym programem i zakresem usług. | | | |
| 12.1 | Konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży | NIE | TAK | TAK |
| 12.2 | Glukoza na czczo | NIE | TAK | TAK |
| 12.3 | Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 1 godzinie | NIE | TAK | TAK |
| 12.4 | Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 2 godzinach | NIE | TAK | TAK |
| 12.5 | Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przegładowe | NIE | TAK | TAK |

| | | | | |
|-----------|--|-----|-----|-----|
| 12.6 | Estriol wolny | NIE | TAK | TAK |
| 12.7 | HBs Ab / przeciwciała | NIE | TAK | TAK |
| 12.8 | HBs Ag / antygen | NIE | TAK | TAK |
| 12.9 | HCV Ab / przeciwciała | NIE | TAK | TAK |
| 12.10 | HIV I / HIV II | NIE | TAK | TAK |
| 12.11 | Mocz – badanie ogólne | NIE | TAK | TAK |
| 12.12 | Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny | NIE | TAK | TAK |
| 12.13 | P / ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała (zastępuje P / ciała anty Rh – /) | NIE | TAK | TAK |
| 12.14 | Różyczka IgG | NIE | TAK | TAK |
| 12.15 | Różyczka IgM | NIE | TAK | TAK |
| 12.16 | Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) | NIE | TAK | TAK |
| 12.17 | Standardowa* cytologia szyjki macicy | NIE | TAK | TAK |
| 12.18 | Toksoplazmoza IgG | NIE | TAK | TAK |
| 12.19 | Toksoplazmoza IgM | NIE | TAK | TAK |
| 12.20 | Total Beta-hCG | NIE | TAK | TAK |
| 12.21 | Wymaz z odbytu i pochwy w kierunku pać. hem. GBS | NIE | TAK | TAK |
| 12.22 | Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy | NIE | TAK | TAK |
| 12.23 | Posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy | NIE | TAK | TAK |
| 12.24 | USG ciąży | NIE | TAK | TAK |
| 12.25 | USG ciąży transwaginalne | NIE | TAK | TAK |
| 12.26 | USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne | NIE | TAK | TAK |
| 12.27 | USG ginekologiczne transwaginalne | NIE | TAK | TAK |
| 13 | TESTY ALERGICZNE Usługa obejmuje testy alergiczne skórne, testy alergiczne płatkowe lub kontaktowe. Testy wykonywane są na zlecenie Lekarza ambulatoryjnej placówki medycznej wskazanej przez InterRisk. W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w niniejszej umowie. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie poniżej wskazanego zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem usług. | | | |
| 13.1 | Konsultacja alergologa – kwalifikacja do testów | NIE | TAK | TAK |
| 13.2 | Testy alergiczne skórne – testy wykonywane metodą nakłuć wraz z preparatem do testów alergicznych: | | | |
| 13.2.1 | Testy alergiczne skórne 1 punkt | NIE | TAK | TAK |
| 13.2.2 | Testy alergiczne skórne panel pokarmowy | NIE | TAK | TAK |
| 13.2.3 | Testy alergiczne skórne panel wziewny | NIE | TAK | TAK |
| 13.3 | Testy płatkowe / kontaktowe – testy wykonywane metodą płatkową wraz z preparatem do testów alergicznych: | | | |
| 13.3.1 | Testy płatkowe / kontaktowe – panel owrzodzenia podudzi | NIE | TAK | TAK |
| 13.3.2 | Testy płatkowe / kontaktowe – panel podstawowy | NIE | TAK | TAK |
| 13.3.3 | Testy płatkowe / kontaktowe – 1 punkt | NIE | NIE | TAK |
| 13.3.4 | Testy płatkowe / kontaktowe – panel fryzjerski | NIE | NIE | TAK |
| 13.3.5 | Testy płatkowe / kontaktowe – panel kosmetyki | NIE | NIE | TAK |
| 13.4 | Testy alergiczne z krwi wraz z pobraniem materiału do badania (krew): | | | |
| 13.4.1 | IGE SP. Acarus Siro D70 (w kurzu) | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.2 | IGE SP. Alternaria Tenuis M6 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.3 | IGE SP. Amoksycyklina C204 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.4 | IGE SP. Aspergillus Fumigatus M3 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.5 | IGE SP. Babka lancetowata W9 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.6 | IGE SP. Banan F92 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.7 | IGE SP. Białko jaja F1 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.8 | IGE SP. Brzoza Brodawkowata T3 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.9 | IGE SP. Bylica Pospolita W6 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.10 | IGE SP. Candida Albicans M5 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.11 | IGE SP. Cebula F48 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.12 | IGE SP. Chironimus Plumosus 173 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.13 | IGE SP. Chwasty – mieszanka: bylica pospolita (W6), pokrzywa zwyczajna (W20), nawłoc pospolita (W12), babka lancetowata (W9), komosa biała (W10) | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|---------|--|-----|-----|-----|
| 13.4.14 | IGE SP. Cladosporium Herbarum M2 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.15 | IGE SP. Czekolada F105 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.16 | IGE SP. Dorsz F3 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.17 | IGE SP. Drożdże browarnicze F403 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.18 | IGE SP. Drzewa – mieszanka: olsza (T2), brzoza (T3), leszczyna (T4), dąb (T7), wierzb (T12) | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.19 | IGE SP. Fasola F15 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.20 | IGE SP. FP5 – mieszanka żywności (dziecięca): dorsz (F3), białko jaja (F1), orzech ziemny (F13), mleko krowie (F2), soja (F14), mąka pszenna (F4) | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.21 | IGE SP. Glista ludzka P1 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.22 | IGE SP. Gluten (Gliadyna) F79 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.23 | IGE SP. GP4 – mieszanka traw późnych: tomka wonna (G1), życica trwała (G5), tymotka łąkowa (G6), trzcina pospolita (G7), żyto (G12), kłosówka wełnista (G13) | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.24 | IGE SP. Groch F12 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.25 | IGE SP. Gruszka F94 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.26 | IGE SP. Gryka F11 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.27 | IGE SP. Indyk F284 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.28 | IGE SP. Jabłko F49 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.29 | IGE SP. Jad Osy Vespuła SP13 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.30 | IGE SP. Jad Pszczoły I1 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.31 | IGE SP. Jad Szerszenia Europejskiego I5 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.32 | IGE SP. Jagnię (baranina) F88 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.33 | IGE SP. Jajko całe F245 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.34 | IGE SP. Jęczmień F6 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.35 | IGE SP. Kakao F93 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.36 | IGE SP. Karaluch – Prusak I6 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.37 | IGE SP. Kawa F221 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.38 | IGE SP. Kazeina F78 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.39 | IGE SP. Kiwi F84 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.40 | IGE SP. Komar I71 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.41 | IGE SP. Komosa Biała W10 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.42 | IGE SP. Koperek 277 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.43 | IGE SP. Kostrzewa Łąkowa G4 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.44 | IGE SP. Krupówka Pospolita G3 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.45 | IGE SP. Kukurydza F8 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.46 | IGE SP. Kurczak F83 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.47 | IGE SP. Kurz – mieszanka (Bencard) | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.48 | IGE SP. Lateks K82 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.49 | IGE SP. Lepidoglyphus Destructor D71 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.50 | IGE SP. Leszczyna Pospolita T4 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.51 | IGE SP. Marchew F31 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.52 | IGE SP. mieszanka naskórków EP1: psa (E5), kota (E1), konia (E3), krowy (E4) | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.53 | IGE SP. mieszanka pleśni MP1: Alternaria tenuis (M6), Penicilium notatum (M1), Cladosporium herbarum(M2), Aspergillus fumigatus(M3), Candida albicans (M5) | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.54 | IGE SP. Mleko krowie – Beta – Laktoglobulina F77 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.55 | IGE SP. Mleko Krowie F2 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.56 | IGE SP. Mleko krowie – alfa – Laktoalbumina F76 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.57 | IGE SP. Mucor Racemosus M4 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.58 | IGE SP. Musztarda F89 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.59 | IGE SP. Naskórek chomika E84 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.60 | IGE SP. Naskórek królika E82 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.61 | IGE SP. Naskórek owcy E81 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.62 | IGE SP. Naskórek świnki morskiej E6 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.63 | IGE SP. Odchody gołębia E7 | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|-----------|---|-----|-----|-----|
| 13.4.64 | IGE SP. Ogórek F244 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.65 | IGE SP. Olcha T2 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.66 | IGE SP. Orzech laskowy F17 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.67 | IGE SP. Orzech włoski F256 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.68 | IGE SP. Orzech ziemny F13 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.69 | IGE SP. Owies F7 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.70 | IGE SP. Panel alergenów oddechowych | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.71 | IGE SP. Panel mieszany | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.72 | IGE SP. Panel pokarmowy | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.73 | IGE SP. Penicillium Notatum M1 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.74 | IGE SP. Pieprz czarny F280 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.75 | IGE SP. Pierze mieszane EP71 kacze pióra (E86), gęsie pióra (E70), kurze pióra, pierze indyka | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.76 | IGE SP. Pierze (pióra gęsi) E70 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.77 | IGE SP. Pietruszka F86 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.78 | IGE SP. Pióra kaczki E86 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.79 | IGE SP. Pióra kanarka E201 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.80 | IGE SP. Pióra papużki falistej E78 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.81 | IGE SP. Pomarańcza F33 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.82 | IGE SP. Pomidor F25 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.83 | IGE SP. Pszenica F4 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.84 | IGE SP. Pyłki żyta G12 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.85 | IGE SP. Roztocze Dermathopag Pteronys. D1 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.86 | IGE SP. Roztocze Dermathopag Farinae D2 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.87 | IGE SP. Ryż F9 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.88 | IGE SP. Seler F85 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.89 | IGE SP. Ser cheddar F81 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.90 | IGE SP. Sierść konia E3 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.91 | IGE SP. Sierść kota E1 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.92 | IGE SP. Sierść psa E2 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.93 | IGE SP. Soja F14 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.94 | IGE SP. Topola T14 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.95 | IGE SP. Trawy – mieszanka GP1 (G3 kupkówka, G4 kostrzewa, G5 życica, G6 tymotka, G8 wiechlina) | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.96 | IGE SP. Truskawka F44 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.97 | IGE SP. Tuńczyk F40 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.98 | IGE SP. Tymotka Łąkowa G6 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.99 | IGE SP. Tyrophagus Putescentiae | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.100 | IGE SP. Wieprzowina F26 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.101 | IGE SP. Wierzba T12 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.102 | IGE SP. Wołowina F27 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.103 | IGE SP. Ziemniak F35 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.104 | IGE SP. Żółtko jaja F75 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.105 | IGE SP. Żyto F5 | NIE | NIE | TAK |
| 13.4.106 | IGE SP. mieszanka FP2 – ryby, skorupiaki, owoce morza: dorsz (F3), krewetka (F24), łosoś (F41), małż jadalny (F37), tuńczyk (F40) | NIE | NIE | TAK |
| 14 | WIZYTY DOMOWE Usługa jest realizowana przez Lekarza pomocy doraźnej w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, jeżeli miejsce zamieszkania leży w aktualnym zasięgu terytorialnym realizacji wizyt domowych. Wizyty domowe realizowane są wyłącznie w uzasadnionych medycznie przypadkach, uniemożliwiających Ubezpieczonemu przybycie do ambulatoryjnej placówki medycznej wskazanej przez InterRisk z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Do przyczyn uniemożliwiających Ubezpieczonemu zgłoszenie się do placówki nie zalicza się w szczególności: niedożywienie, dojazdu do placówki, potrzeby wypisania recepty lub wystawienia zwolnienia. Wizyta domowa jest świadczeniem pomocy doraźnej udzielanym wyłącznie w dniu zgłoszenia i ma na celu postawienie rozpoznania i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. O przyjęciu lub odmowie wizyty domowej decyduje dyspozytor medyczny wskazany przez Partnera Medycznego, na podstawie uzyskanego wywiadu. Aktualny zasięg terytorialny realizacji wizyt domowych opisany jest na stronie Partnera Medycznego. W miastach w których wizyty domowe nie są świadczone, Ubezpieczony otrzyma zwrot kosztów. Szczegóły zwrotu kosztów znajdują się na w/w stronie. Zwrot kosztów uznaje się za zasadny wyłącznie po uprzedniej kwalifikacji Ubezpieczonego do wizyty domowej przez dyspozytora. | | | |
| 14.1 | 4 wizyty w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy | NIE | TAK | TAK |

| | | | | |
|-----------|---|-----|-----|-----|
| 15 | REHABILITACJA W ramach rehabilitacji Ubezpieczonemu przysługuje nielimitowany dostęp do konsultacji fizjoterapeuty. Usługa zawiera: wywiad, badanie funkcjonalne, poradę fizjoterapeuty wraz z czynnościami niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz ustalenia trybu rehabilitacji. Usługa obejmuje wyłącznie rehabilitację narządu ruchu i realizowana jest z następujących wskazań (kryteriów kwalifikacyjnych) – dotyczy Ubezpieczonych: po urazach ortopedycznych, cierpiących na chorobę zwyrodnieniową stawów, cierpiących z powodu chorób zawodowych związanych z narządem ruchu (potwierdzonych odpowiednim orzeczeniem), cierpiących z powodu neurologicznych zespołów bólowych, z zaburzeniami napięcia mięśniowego (dot. rehabilitacji neurokinezyologicznej dla dzieci do 18 r.ż.), z wadami postawy (dot. rehabilitacji wad postawy dla dzieci do 18 r.ż.). Zabiegi są realizowane na podstawie skierowań fizjoterapeutów lub lekarzy (przyjmujących w zakresie ortopedii, neurologii, neurochirurgii, reumatologii, rehabilitacji medycznej, balneologii) z ambulatoryjnej placówki medycznej wskazanej przez InterRisk, określających zakres i rodzaj zabiegów rehabilitacyjnych i dotyczy fizjoterapii prowadzonej w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez InterRisk. Usługa jest limitowana i obejmuje wykonanie ogółem w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy: 20 zabiegów fizykoterapeutycznych i 10 zabiegów kinezyterapeutycznych (w tym masaż leczniczy) oraz 3 zabiegów rehabilitacji (neurokinezyologicznej lub wad postawy) z następującego zakresu zabiegów fizyko- i kinezyterapii: | | | |
| 15.1 | Fizykoterapia – elektrostymulacja mm. k. dolnej | NIE | NIE | TAK |
| 15.2 | Fizykoterapia – elektrostymulacja mm. k. górnej | NIE | NIE | TAK |
| 15.3 | Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.4 | Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.5 | Fizykoterapia – fonoforeza kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.6 | Fizykoterapia – fonoforeza nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.7 | Fizykoterapia – fonoforeza podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.8 | Fizykoterapia – fonoforeza przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.9 | Fizykoterapia – fonoforeza ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.10 | Fizykoterapia – fonoforeza ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.11 | Fizykoterapia – fonoforeza staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.12 | Fizykoterapia – fonoforeza staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.13 | Fizykoterapia – fonoforeza staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.14 | Fizykoterapia – fonoforeza staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.15 | Fizykoterapia – fonoforeza staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.16 | Fizykoterapia – fonoforeza stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.17 | Fizykoterapia – fonoforeza udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.18 | Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.19 | Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.20 | Fizykoterapia – galwanizacja kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.21 | Fizykoterapia – galwanizacja nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.22 | Fizykoterapia – galwanizacja podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.23 | Fizykoterapia – galwanizacja przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.24 | Fizykoterapia – galwanizacja ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.25 | Fizykoterapia – galwanizacja ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.26 | Fizykoterapia – galwanizacja staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.27 | Fizykoterapia – galwanizacja staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.28 | Fizykoterapia – galwanizacja staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.29 | Fizykoterapia – galwanizacja staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.30 | Fizykoterapia – galwanizacja staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.31 | Fizykoterapia – galwanizacja stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.32 | Fizykoterapia – galwanizacja udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.33 | Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.34 | Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.35 | Fizykoterapia – jonoforeza kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.36 | Fizykoterapia – jonoforeza nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.37 | Fizykoterapia – jonoforeza podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.38 | Fizykoterapia – jonoforeza przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.39 | Fizykoterapia – jonoforeza ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.40 | Fizykoterapia – jonoforeza ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.41 | Fizykoterapia – jonoforeza staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.42 | Fizykoterapia – jonoforeza staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.43 | Fizykoterapia – jonoforeza staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|-------|---|-----|-----|-----|
| 15.44 | Fizykoterapia – jonoforeza staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.45 | Fizykoterapia – jonoforeza staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.46 | Fizykoterapia – jonoforeza stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.47 | Fizykoterapia – jonoforeza udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.48 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.49 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.50 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.51 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.52 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.53 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.54 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.55 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.56 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.57 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.58 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.59 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.60 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.61 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.62 | Fizykoterapia – krioterapia miejscowa udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.63 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.64 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.65 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.66 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.67 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.68 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.69 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.70 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.71 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.72 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.73 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.74 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.75 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.76 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.77 | Fizykoterapia – laser niskoenergetyczny udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.78 | Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.79 | Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.80 | Fizykoterapia – pole magnetyczne kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.81 | Fizykoterapia – pole magnetyczne nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.82 | Fizykoterapia – pole magnetyczne podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.83 | Fizykoterapia – pole magnetyczne przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.84 | Fizykoterapia – pole magnetyczne ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.85 | Fizykoterapia – pole magnetyczne ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.86 | Fizykoterapia – pole magnetyczne staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.87 | Fizykoterapia – pole magnetyczne staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.88 | Fizykoterapia – pole magnetyczne staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.89 | Fizykoterapia – pole magnetyczne staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.90 | Fizykoterapia – pole magnetyczne staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.91 | Fizykoterapia – pole magnetyczne stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.92 | Fizykoterapia – pole magnetyczne udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.93 | Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.94 | Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.95 | Fizykoterapia – prądy DD kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|--------|---|-----|-----|-----|
| 15.96 | Fizykoterapia – prądy DD nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.97 | Fizykoterapia – prądy DD podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.98 | Fizykoterapia – prądy DD przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.99 | Fizykoterapia – prądy DD ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.100 | Fizykoterapia – prądy DD ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.101 | Fizykoterapia – prądy DD staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.102 | Fizykoterapia – prądy DD staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.103 | Fizykoterapia – prądy DD staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.104 | Fizykoterapia – prądy DD staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.105 | Fizykoterapia – prądy DD staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.106 | Fizykoterapia – prądy DD stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.107 | Fizykoterapia – prądy DD udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.108 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.109 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.110 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.111 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.112 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.113 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.114 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.115 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.116 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.117 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.118 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.119 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.120 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.121 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.122 | Fizykoterapia – prądy interferencyjne udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.123 | Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.124 | Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.125 | Fizykoterapia – prądy TENS kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.126 | Fizykoterapia – prądy TENS nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.127 | Fizykoterapia – prądy TENS podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.128 | Fizykoterapia – prądy TENS przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.129 | Fizykoterapia – prądy TENS ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.130 | Fizykoterapia – prądy TENS ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.131 | Fizykoterapia – prądy TENS staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.132 | Fizykoterapia – prądy TENS staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.133 | Fizykoterapia – prądy TENS staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.134 | Fizykoterapia – prądy TENS staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.135 | Fizykoterapia – prądy TENS staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.136 | Fizykoterapia – prądy TENS stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.137 | Fizykoterapia – prądy TENS udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.138 | Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.139 | Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.140 | Fizykoterapia – ultradźwięki kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.141 | Fizykoterapia – ultradźwięki nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.142 | Fizykoterapia – ultradźwięki podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.143 | Fizykoterapia – ultradźwięki przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.144 | Fizykoterapia – ultradźwięki ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.145 | Fizykoterapia – ultradźwięki ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.146 | Fizykoterapia – ultradźwięki staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.147 | Fizykoterapia – ultradźwięki staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|--------|---|-----|-----|-----|
| 15.148 | Fizykoterapia – ultradźwięki staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.149 | Fizykoterapia – ultradźwięki staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.150 | Fizykoterapia – ultradźwięki staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.151 | Fizykoterapia – ultradźwięki stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.152 | Fizykoterapia – ultradźwięki udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.153 | Fizykoterapia – ultradźwięki (w wodzie) | NIE | NIE | TAK |
| 15.154 | Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.155 | Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.156 | Fizykoterapia – prądy Traberta kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.157 | Fizykoterapia – prądy Traberta nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.158 | Fizykoterapia – prądy Traberta podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.159 | Fizykoterapia – prądy Traberta przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.160 | Fizykoterapia – prądy Traberta ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.161 | Fizykoterapia – prądy Traberta ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.162 | Fizykoterapia – prądy Traberta staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.163 | Fizykoterapia – prądy Traberta staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.164 | Fizykoterapia – prądy Traberta staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.165 | Fizykoterapia – prądy Traberta staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.166 | Fizykoterapia – prądy Traberta staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.167 | Fizykoterapia – prądy Traberta stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.168 | Fizykoterapia – prądy Traberta udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.169 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.170 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.171 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.172 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.173 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.174 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.175 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.176 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.177 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.178 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.179 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.180 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.181 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.182 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.183 | Kinezyterapia – ćw. instruktażowe udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.184 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.185 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.186 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.187 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.188 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.189 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.190 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.191 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.192 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.193 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.194 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.195 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.196 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.197 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.198 | Kinezyterapia – ćw. usprawniające udo | NIE | NIE | TAK |

| | | | | |
|------------|---|-----|-----|-----|
| 15.199 | Kinezyterapia – terapia indywidualna kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.200 | Kinezyterapia – terapia indywidualna kręgosłup piersiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.201 | Kinezyterapia – terapia indywidualna kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.202 | Kinezyterapia – terapia indywidualna nadgarstek | NIE | NIE | TAK |
| 15.203 | Kinezyterapia – terapia indywidualna podudzie | NIE | NIE | TAK |
| 15.204 | Kinezyterapia – terapia indywidualna przedramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.205 | Kinezyterapia – terapia indywidualna ramię | NIE | NIE | TAK |
| 15.206 | Kinezyterapia – terapia indywidualna ręka | NIE | NIE | TAK |
| 15.207 | Kinezyterapia – terapia indywidualna staw barkowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.208 | Kinezyterapia – terapia indywidualna staw biodrowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.209 | Kinezyterapia – terapia indywidualna staw kolanowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.210 | Kinezyterapia – terapia indywidualna staw łokciowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.211 | Kinezyterapia – terapia indywidualna staw skokowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.212 | Kinezyterapia – terapia indywidualna stopa | NIE | NIE | TAK |
| 15.213 | Kinezyterapia – terapia indywidualna udo | NIE | NIE | TAK |
| 15.214 | Kinezyterapia – wyciąg trakcyjny kręgosłup lędźwiowy | NIE | NIE | TAK |
| 15.215 | Kinezyterapia – wyciąg trakcyjny kręgosłup szyjny | NIE | NIE | TAK |
| 15.216 | Terapia miorelaksacyjna – masaż leczniczy kręgosłupa | NIE | NIE | TAK |
| 15.217 | Terapia indywidualna wg metod neurokinezyjologicznych / neurofizjologicznych dzieci | NIE | NIE | TAK |
| 15.218 | Kinezyterapia – ćwic. usprawniające wady postawy dzieci | NIE | NIE | TAK |
| 16 | KONSULTACJE ONLINE Konsultacja online jest świadczeniem medycznym realizowanym przez Partnera Medycznego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczonemu możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem Lekarza, położnej oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce "Konsultacje online". Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst. 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 wchodzi niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą. Usługa obejmuje e-Konsultacje medyczne w następującym zakresie: | | | |
| 16.1 | Interny (od 18 r.ż.) | TAK | TAK | TAK |
| 16.2 | Medycyny rodzinnej (od 18 r.ż.) | TAK | TAK | TAK |
| 16.3 | Pediatrici (do 18 r.ż.) | TAK | TAK | TAK |
| 16.4 | Pielęgniarstwa pediatrycznego | TAK | TAK | TAK |
| 16.5 | Położnictwa | TAK | TAK | TAK |
| 17. | REFUNDACJA częściowy zwrot kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego za świadczenia objęte zakresem ubezpieczenia, zrealizowane w placówce medycznej innej niż placówki Partnera Medycznego. Zwrot w wysokości 70% ceny jednostkowej świadczenia ambulatoryjnego do wysokości limitu refundacji wynoszącego 500 zł kwartalnie na Ubezpieczonego | TAK | TAK | TAK |
| 18. | 10% zniżki na pozostałe świadczenia zdrowotne nieobjęte zakresem ubezpieczenia zrealizowane w placówkach marki LUX MED i Medycyna Rodzinna (z wyłączeniem świadczeń z zakresu stomatologii) oraz w placówkach PROFEMED. Rabat naliczany jest od cennika dostępnego w ww. placówkach. Rabatów nie sumuje się. | TAK | TAK | TAK |

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP

Załącznik nr 2

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus
zatwierdzonych uchwałą nr 02/16/04/2024 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 16 kwietnia 2024 roku.

UBEZPIECZENIE KOSZTÓW STOMATOLOGII

§1

1. W ubezpieczeniu kosztów stomatologii, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2) OWU, zakresem ubezpieczenia objęte są koszty świadczeń medycznych poniesione w okresie ubezpieczenia na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, określone w Tabeli nr 2.

Tabela nr 2

| I.p. | Zakres świadczeń stomatologicznych | Wariant I | Wariant II |
|-----------|--|-----------|------------|
| 1. | Dyżur stomatologiczny* | | |
| | *Zakres Dyżuru stomatologicznego, w zależności od placówki medycznej, obejmuje pokrycie (bezgotówkową realizację usługi) albo zwrot kosztów (Refundacja Partnera Medycznego) wykonywanych przez lekarzy stomatologów określonych poniżej w pkt 1.1 – 1.17 usług do maksymalnej wysokości limitu, tj. kwoty 350 zł w każdym 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia. Usługi w ramach Dyżuru stomatologicznego wykonywane są wyłącznie w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza godzinami pracy placówek własnych Partnera Medycznego. | | |
| 1.1 | Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.2 | Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.3 | Nacięcie ropnia zębopochodnego – włącznie z drenażem pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.4 | Odbarczenie ropnia przyzębnego pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.5 | Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.6 | Opatrunek leczniczy w zębie stałym pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.7 | Usunięcie zęba jednokorzeniowego pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.8 | Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.9 | Usunięcie zęba wielokorzeniowego pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.10 | Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.11 | Plukanie suchego zębodołu + założenie leku pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.12 | Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.13 | Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.14 | Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiętkowe pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.15 | Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.16 | Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzrustne pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 1.17 | RTG punktowe zdjęcie zęba pomoc doraźna | TAK | TAK |
| 2. | Profilaktyka stomatologiczna | | |
| | Zakres Profilaktyki Stomatologicznej obejmuje wykonanie 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego przeglądu stomatologicznego tj. oceny stanu uzębienia przez Lekarza stomatologa przyjmującego w zakresie stomatologii zachowawczej oraz zabiegów higieny jamy ustnej przez higienistkę stomatologiczną i obejmuje następujące usługi: | | |
| 2.1 | Badanie lekarskie stomatologiczne | TAK | TAK |
| 2.2 | Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1 łuk zębowy | TAK | TAK |
| 2.3 | Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 1/2 łuku zębowego | TAK | TAK |
| 2.4 | Lakierowanie zębów (Fluor Protektor) 2 łuki zębowe | TAK | TAK |
| 2.5 | Instruktaż higieny jamy ustnej | TAK | TAK |
| 2.6 | Polerowanie zębów | TAK | TAK |
| 2.7 | Usunięcie zlogów naddziąsłowych / scaling / uzupełniające | TAK | TAK |
| 2.8 | Usunięcie zlogów naddziąsłowych / scaling / z 1 łuku zębowego | TAK | TAK |
| 2.9 | Usunięcie zlogów naddziąsłowych / scaling / ze wszystkich zębów | TAK | TAK |
| 2.10 | Usuwanie osadu – piaskowanie | TAK | TAK |
| 2.11 | Zabezpieczenie profilaktyczne bruzd lakiem szczelinowym – 1 ząb | TAK | TAK |
| 2.12 | Indywidualna fluoryzacja metodą kontaktową | TAK | TAK |
| 3. | Znieczulenia | | |
| | Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi: | | |
| 3.1 | Znieczulenie w stomatologii aparatem WAND | TAK | TAK |
| 3.2 | Znieczulenie w stomatologii miejscowe nasiętkowe | TAK | TAK |
| 3.3 | Znieczulenie w stomatologii miejscowe powierzchniowe | TAK | TAK |

| | | | |
|----------|---|-------------|-------------|
| 3.4 | Znieczulenie w stomatologii przewodowe wewnątrzustne | TAK | TAK |
| 4 | Stomatologia zachowawcza | | |
| | Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi: | | |
| | oraz 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania Umowy jedną z niżej wymienionych usług (pkt 4.2 – 4.6) | | |
| 4.1 | Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza | TAK | TAK |
| 4.2 | Wypełnienie ubytku korony zęba na 1 powierzchni standardowym materiałem światłoutwardzalnym | 10 % zniżki | TAK |
| 4.3 | Wypełnienie ubytku korony zęba na 2 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym | 10 % zniżki | TAK |
| 4.4 | Wypełnienie ubytku korony zęba na 3 powierzchniach standardowym materiałem światłoutwardzalnym | 10 % zniżki | TAK |
| 4.5 | Odbudowa zniszczonego kąta w zębach siecznych standardowym materiałem światłoutwardzalnym | 10 % zniżki | TAK |
| 4.6 | Wypełnienie glasonomer | 10 % zniżki | TAK |
| 4.7 | Badanie żywotność zęba | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 4.8 | Ćwiek okołomiazgowy | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 4.9 | Kosmetyczne pokrycie niedorozwoju szkliwa – licówka z kompozytu | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 4.10 | Kosmetyczne pokrycie przebarwienia zębiny w zębach przednich – licówka z kompozytu | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 4.11 | Leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 4.12 | Opatrunek leczniczy w zębie stałym | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 4.13 | Płukanie kieszonki dziąsłowej | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 4.14 | Płukanie kieszonki dziąsłowej i aplikacja leku | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 4.15 | Kauteryzacja brodawki dziąsłowej | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 5 | Pedodontcja | | |
| | Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi: | | |
| | oraz 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania Umowy jedną z niżej wymienionych usług (pkt 5.2 – 5.7) | | |
| 5.1 | Badanie lekarskie stomatologiczne kontrolne pedodontyczne | TAK | TAK |
| 5.2 | Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni | 10 % zniżki | TAK |
| 5.3 | Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 1 powierzchni lecznicze | 10 % zniżki | TAK |
| 5.4 | Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach | 10 % zniżki | TAK |
| 5.5 | Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 2 powierzchniach lecznicze | 10 % zniżki | TAK |
| 5.6 | Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach | 10 % zniżki | TAK |
| 5.7 | Wypełnienie ubytku korony zęba mlecznego na 3 powierzchniach lecznicze | 10 % zniżki | TAK |
| 5.8 | Wizyta adaptacyjna (dzieci) – stomatologia | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 5.9 | Opatrunek leczniczy w zębie mlecznym | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 5.10 | Impregnacja zębiny – każdy ząb | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 5.11 | Amputacja zdewitalizowanej miazgi zęba mlecznego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 5.12 | Leczenie endodontyczne zęba mlecznego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 5.13 | Leczenie zgorzeli miazgi zęba mlecznego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 5.14 | Amputacja przyżyciowa miazgi w zębie z nieuformowanym korzeniem | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 5.15 | Dewitalizacja miazgi zęba mlecznego z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6 | Chirurgia stomatologiczna | | |
| | Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi: | | |
| 6.1 | Konsultacja specjalistyczna chirurga stomatologa | TAK | TAK |
| 6.2 | Nacięcie ropnia zębopochodnego – włącznie z drenażem | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.3 | Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.4 | Resekcja wierzchołka korzenia zęba bocznego z wstecznym wypełnieniem kanału | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.5 | Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.6 | Resekcja wierzchołka korzenia zęba przedniego z wstecznym wypełnieniem kanału | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.7 | Usunięcie zęba jednokorzeniowego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.8 | Usunięcie zęba jednokorzeniowego mlecznego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.9 | Usunięcie zęba przez dłutowanie wewnątrzzębodołowe | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.10 | Usunięcie zęba przez dłutowanie zewnątrzzębodołowe z wytworzeniem płata śluzówkowo-okostnowego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.11 | Usunięcie zęba wielokorzeniowego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |

| | | | |
|----------|---|-------------|-------------|
| 6.12 | Usunięcie zęba wielokorzeniowego mlecznego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.13 | Wycięcie kaptura dziąsłowego w obrębie 1 zęba | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.14 | Wycięcie małego guzka, zmiany guzopodobnej, mucociele stomatologia | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.15 | Założenie opatrunku chirurgicznego stomatologia | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.16 | Płukanie suchego zębodołu + założenie leku | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.17 | Pobranie wycinka w jamie ustnej | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.18 | Plastyka wędzidełka wargi, policzka, języka stomatologia | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.19 | Wyłuszczenie torbieli zębopochodnej | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.20 | Operacyjne usunięcie zęba skomplikowane chirurgicznie | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.21 | Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.22 | Operacyjne odsłonięcie zęba zatrzymanego z doklejeniem zamka | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.23 | Operacyjne usunięcie zęba częściowo zatrzymanego | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 6.24 | Repozycja i unieruchomienie zwichniętego zęba | 10 % zniżki | 15 % zniżki |
| 7 | Endodoncja | | |
| | Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi: | | |
| 7.1 | Konsultacja specjalistyczna stomatologia zachowawcza | NIE | TAK |
| 7.2 | Dewitalizacja miazgi zęba z zaopatrzeniem ubytku opatrunkiem | NIE | 15 % zniżki |
| 7.3 | Chemo-mechaniczne opracowanie kanału korzeniowego | NIE | 15 % zniżki |
| 7.4 | Udrożnienie kanału korzeniowego | NIE | 15 % zniżki |
| 7.5 | Wypełnienie kanału korzeniowego | NIE | 15 % zniżki |
| 7.6 | Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego | NIE | 15 % zniżki |
| 7.7 | Usunięcie złamanego narzędzia z kanału w mikroskopie zabiegowym | NIE | 10 % zniżki |
| 7.8 | Usunięcie wkładu koronowo-korzeniowego w mikroskopie zabiegowym | NIE | 10 % zniżki |
| 7.9 | Leczenie endodontyczne zęba siecznego lub kła w mikroskopie zabiegowym etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 7.10 | Leczenie endodontyczne zęba siecznego lub kła w mikroskopie zabiegowym etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 7.11 | Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 7.12 | Leczenie endodontyczne zęba przedtrzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 7.13 | Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 7.14 | Leczenie endodontyczne zęba trzonowego w mikroskopie zabiegowym etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 7.15 | Specjalistyczna ocena tkanek w mikroskopie zabiegowym | NIE | 10 % zniżki |
| 7.16 | Wizyta interwencyjna w leczeniu endodontycznym | NIE | 10 % zniżki |
| 8 | Protetyka | | |
| | Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi: | | |
| 8.1 | Konsultacja specjalistyczna protetyczna | NIE | TAK |
| 8.2 | Proteza całkowita z metalowym podniebieniem | NIE | 10 % zniżki |
| 8.3 | Korekta zgryzu | NIE | 10 % zniżki |
| 8.4 | Modele dla celów diagnostycznych lub planowania lekarz | NIE | 10 % zniżki |
| 8.5 | Wkład koronowo-korzeniowy lany met. | NIE | 10 % zniżki |
| 8.6 | Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany | NIE | 10 % zniżki |
| 8.7 | Wkład koronowo-korzeniowy ze złota | NIE | 10 % zniżki |
| 8.8 | Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany | NIE | 10 % zniżki |
| 8.9 | Wkład koronowo-korzeniowy z metalu, ceramiki, szkła – standardowy | NIE | 10 % zniżki |
| 8.10 | Korona tymczasowa metodą pośrednią | NIE | 10 % zniżki |
| 8.11 | Korona lana pełnometalowa | NIE | 10 % zniżki |
| 8.12 | Korona lana ze złota przedtrzonowiec | NIE | 10 % zniżki |
| 8.13 | Korona porcelanowa na metalu bez stopnia | NIE | 10 % zniżki |
| 8.14 | Korona porcelanowa na galwanie | NIE | 10 % zniżki |
| 8.15 | Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec | NIE | 10 % zniżki |
| 8.16 | Licówka porcelanowa | NIE | 10 % zniżki |
| 8.17 | Wkład koronowy kompozytowy ONLAY INLAY OVERLAY | NIE | 10 % zniżki |
| 8.18 | Korona teleskopowa galwaniczna, złota | NIE | 10 % zniżki |

| | | | |
|------|---|-----|-------------|
| 8.19 | Zasuwa / zatrzask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej | NIE | 10 % zniżki |
| 8.20 | Wymiana wkładki Rhein/zatrzasku kulowego – 1 element | NIE | 10 % zniżki |
| 8.21 | Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów | NIE | 10 % zniżki |
| 8.22 | Proteza całkowita w szczęcie | NIE | 10 % zniżki |
| 8.23 | Proteza całkowita w żuchwie | NIE | 10 % zniżki |
| 8.24 | Proteza szkieletowa z zatrzaskami bez kosztu zatrzasku | NIE | 10 % zniżki |
| 8.25 | Proteza szkieletowa | NIE | 10 % zniżki |
| 8.26 | Proteza overdenture na zatrzasku ze złota | NIE | 10 % zniżki |
| 8.27 | Naprawa protezy – 1 element | NIE | 10 % zniżki |
| 8.28 | Podścielenie protezy bezpośrednie | NIE | 10 % zniżki |
| 8.29 | Podścielenie protezy pośrednie | NIE | 10 % zniżki |
| 8.30 | Zdjęcie korony protetycznej – 1 element | NIE | 10 % zniżki |
| 8.31 | Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów | NIE | 10 % zniżki |
| 8.32 | Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów | NIE | 10 % zniżki |
| 8.33 | Korona porcelanowa na złocie trzonowiec | NIE | 10 % zniżki |
| 8.34 | Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim | NIE | 10 % zniżki |
| 8.35 | Korona lana ze złota trzonowiec | NIE | 10 % zniżki |
| 8.36 | Korona lana ze złota ząb w odcinku przednim | NIE | 10 % zniżki |
| 8.37 | Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY | NIE | 10 % zniżki |
| 8.38 | Cementowanie korony protetycznej | NIE | 10 % zniżki |
| 8.39 | Cementowanie mostu | NIE | 10 % zniżki |
| 8.40 | Proteza częściowa osiadająca – 1 punkt | NIE | 10 % zniżki |
| 8.41 | Ustalenie zwarcia przy pomocy artykulatora | NIE | 10 % zniżki |
| 8.42 | Wycisk czynnościowy za pomocą łyżki indywidualnej | NIE | 10 % zniżki |
| 8.43 | Wkład koronowo – korzeniowy pełnoceramiczny | NIE | 10 % zniżki |
| 8.44 | Wkład koronowo-korzeniowy lany met. I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.45 | Wkład koronowo-korzeniowy lany met. II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.46 | Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.47 | Wkład koronowo-korzeniowy lany met. składany II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.48 | Wkład koronowo-korzeniowy ze złota I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.49 | Wkład koronowo-korzeniowy ze złota II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.50 | Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.51 | Wkład koronowo-korzeniowy ze złota składany II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.52 | Korona lana pełnometalowa I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.53 | Korona lana pełnometalowa II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.54 | Korona lana ze złota przedtrzonowiec I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.55 | Korona lana ze złota przedtrzonowiec II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.57 | Korona lana ze złota trzonowiec I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.57 | Korona lana ze złota trzonowiec II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.58 | Korona lana ze złota ząb w odcinku przednim I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.59 | Korona lana ze złota ząb w odcinku przednim II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.60 | Korona porcelanowa na metalu bez stopnia I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.61 | Korona porcelanowa na metalu bez stopnia II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.62 | Korona porcelanowa na galwanie I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.63 | Korona porcelanowa na galwanie II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.64 | Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.65 | Korona porcelanowa na złocie przedtrzonowiec II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.66 | Korona porcelanowa na złocie trzonowiec I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.67 | Korona porcelanowa na złocie trzonowiec II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.68 | Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.69 | Korona porcelanowa na złocie w odcinku przednim II Etap | NIE | 10 % zniżki |

| | | | |
|-------|---|-----|-------------|
| 8.70 | Licówka porcelanowa I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.71 | Licówka porcelanowa II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.72 | Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.73 | Wkład koronowy porcelanowy ONLAY INLAY OVERLAY II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.74 | Korona teleskopowa galwaniczna, złota I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.74 | Korona teleskopowa galwaniczna, złota II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.76 | Zasuwa / zatrzask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.77 | Zasuwa / zatrzask / punkt retencyjny w protezie szkieletowej II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.78 | Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.79 | Proteza częściowa osiadająca w zakresie 1-4 brakujących zębów II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.80 | Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.81 | Proteza częściowa osiadająca w zakresie 5-8 brakujących zębów II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.82 | Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.83 | Proteza częściowa osiadająca w zakresie więcej niż 8 zębów II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.84 | Proteza całkowita w szczęcie I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.85 | Proteza całkowita w szczęcie II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.86 | Proteza całkowita w żuchwie I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.87 | Proteza całkowita w żuchwie II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.88 | Proteza szkieletowa z zatrzaskami bez kosztu zatrzasku I etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.89 | Proteza szkieletowa z zatrzaskami bez kosztu zatrzasku II etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.90 | Proteza szkieletowa I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.91 | Proteza szkieletowa II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.92 | WAX UP | NIE | 10 % zniżki |
| 8.93 | WAX UP INTERDENT | NIE | 10 % zniżki |
| 8.94 | Wkład koronowo – korzeniowy pełnoceramiczny I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.95 | Wkład koronowo – korzeniowy pełnoceramiczny II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.96 | Most adhezyjny – 1 punkt | NIE | 10 % zniżki |
| 8.97 | Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest | NIE | 10 % zniżki |
| 8.98 | Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.99 | Korona porcelanowa na cyrkonie metodą CAD/CAM lava everest II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.100 | Zatrzask Rhein 1 element | NIE | 10 % zniżki |
| 8.101 | Zatrzask Bredent 1 element | NIE | 10 % zniżki |
| 8.102 | Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym | NIE | 10 % zniżki |
| 8.103 | Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.104 | Korona porcelanowa na metalu ze stopniem ceramicznym II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.105 | Korona teleskopowa metalowa | NIE | 10 % zniżki |
| 8.106 | Korona teleskopowa metalowa I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.107 | Korona teleskopowa metalowa II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.108 | Licówka porcelanowa boczna | NIE | 10 % zniżki |
| 8.109 | Licówka porcelanowa boczna I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.110 | Licówka porcelanowa boczna II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.111 | Proteza overdenture na zatrzasku ze złota I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.112 | Proteza overdenture na zatrzasku ze złota II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.113 | Maska dziąsłowa Gradia | NIE | 10 % zniżki |
| 8.114 | Maska dziąsłowa Gradia I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.115 | Maska dziąsłowa Gradia II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.116 | Kontrola i korekta ustawienia zębów w wosku | NIE | 10 % zniżki |
| 8.117 | Kontrola i korekta metalu protezy szkieletowej | NIE | 10 % zniżki |
| 8.118 | Szynoproteza | NIE | 10 % zniżki |
| 8.119 | Wkład koronowy metalowy ONLAY INLAY OVERLAY | NIE | 10 % zniżki |
| 8.120 | Wkład koronowy ze złota | NIE | 10 % zniżki |
| 8.121 | Wkłady kulowe | NIE | 10 % zniżki |

| | | | |
|----------|---|-----|-------------|
| 8.122 | Szyna ochronna sport | NIE | 10 % zniżki |
| 8.123 | Szyna ochronna sport kolor | NIE | 10 % zniżki |
| 8.124 | Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy | NIE | 10 % zniżki |
| 8.125 | Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy Etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 8.126 | Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy Etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 8.127 | Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany | NIE | 10 % zniżki |
| 8.128 | Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany Etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 8.129 | Wkład koronowo-korzeniowy srebro palladowy składany Etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 8.130 | Wzmocnienie protezy łukiem | NIE | 10 % zniżki |
| 8.131 | Wzmocnienie protezy siatką stalową | NIE | 10 % zniżki |
| 8.132 | Wzmocnienie protezy siatką połączoną | NIE | 10 % zniżki |
| 8.133 | Proteza overdenture na koronach teleskopowych Etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 8.134 | Proteza overdenture na koronach teleskopowych Etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 8.135 | Zamek ASC | NIE | 10 % zniżki |
| 8.136 | Badanie łukiem twarzowym i osadzenie w artykulatorze | NIE | 10 % zniżki |
| 8.137 | Mikroproteza akrylowa | NIE | 10 % zniżki |
| 8.138 | MOCK UP 1 łuk | NIE | 10 % zniżki |
| 8.139 | MOCK UP 1 punkt | NIE | 10 % zniżki |
| 8.140 | Wizualizacja efektu leczenia protetycznego na modelu | NIE | 10 % zniżki |
| 8.141 | Wymiana teflonu | NIE | 10 % zniżki |
| 8.142 | Korona kompozytowa pełna | NIE | 10 % zniżki |
| 8.143 | Korona kompozytowa na włóknie szklanym | NIE | 10 % zniżki |
| 8.144 | Korona pełnoceramiczna na cyrkonie | NIE | 10 % zniżki |
| 8.145 | Korona pełnoceramiczna na cyrkonie I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.146 | Korona pełnoceramiczna na cyrkonie II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.147 | Korona pełnoceramiczna | NIE | 10 % zniżki |
| 8.148 | Korona pełnoceramiczna I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.149 | Korona pełnoceramiczna II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 8.150 | Maryland uzupełnienie brakującego zęba – akryl | NIE | 10 % zniżki |
| 8.151 | Maryland uzupełnienie brakującego zęba – kompozyt | NIE | 10 % zniżki |
| 9 | Ortodoncja | | |
| | Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje następujące usługi: | | |
| 9.1. | Konsultacja ortodonta | NIE | TAK |
| 9.2 | Aparat grubołukowy Bi-helix, Quad-helix | NIE | 10 % zniżki |
| 9.3 | Aparat blokowy z modyfikacją | NIE | 10 % zniżki |
| 9.4 | Aparat Derishwailera | NIE | 10 % zniżki |
| 9.5 | Aparat ortodontyczny ruchomy | NIE | 10 % zniżki |
| 9.6 | Aparat stały – zamknięty metalowy 1 łuk | NIE | 10 % zniżki |
| 9.7 | Aparat Stochfische | NIE | 10 % zniżki |
| 9.8 | Jeden punkt aparatu metalowego przezroczystego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.9 | Jeden punkt aparatu metalowego stałego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.10 | Lip-bumper | NIE | 10 % zniżki |
| 9.11 | Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana łuku | NIE | 10 % zniżki |
| 9.12 | Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana śruby 1 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.13 | Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana śruby 2 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.14 | Naprawa aparatu ortodontycznego pęknięcie płyty | NIE | 10 % zniżki |
| 9.15 | Naprawa aparatu ortodontycznego dorobienie elementu drucianego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.16 | Płytki Nanca | NIE | 10 % zniżki |
| 9.17 | Płytki przedsińkowa | NIE | 10 % zniżki |
| 9.18 | Proca bródkowa | NIE | 10 % zniżki |
| 9.19 | Przerzut podniebienny | NIE | 10 % zniżki |
| 9.20 | Przerzut podniebienny NiTi | NIE | 10 % zniżki |

| | | | |
|------|--|-----|-------------|
| 9.21 | Retainer 1 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.22 | Retainer 2 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.23 | Retainer 3 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.24 | Konsultacja ortodonta w przebiegu leczenia aparatem ruchomym | NIE | 10 % zniżki |
| 9.25 | Konsultacja ortodonta w przebiegu leczenia aparatem stałym | NIE | 10 % zniżki |
| 9.26 | Wyciąg zewnętrzny | NIE | 10 % zniżki |
| 9.27 | Zdjęcie aparatu ortodontycznego stałego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.28 | Wizyta z procą bródkową | NIE | 10 % zniżki |
| 9.29 | Wizyta ze szlifowaniem guzków | NIE | 10 % zniżki |
| 9.30 | Analiza zgryzu i opracowanie planu leczenia | NIE | 10 % zniżki |
| 9.31 | Aparat blokowy | NIE | 10 % zniżki |
| 9.32 | Jeden łuk aparatu stałego zamki porcelanowe | NIE | 10 % zniżki |
| 9.33 | Jeden łuk aparatu stałego metalowego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.34 | Konsultacja ortodonta z wyciskiem | NIE | 10 % zniżki |
| 9.35 | Naprawa aparatu dorobienie 1 elementu | NIE | 10 % zniżki |
| 9.36 | Naprawa aparatu dorobienie 2 elementów | NIE | 10 % zniżki |
| 9.37 | Naprawa aparatu dorobienie 3 elementów | NIE | 10 % zniżki |
| 9.38 | Wizyta z płytą przedSIONKOWĄ | NIE | 10 % zniżki |
| 9.39 | Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem ruchomym | NIE | 10 % zniżki |
| 9.40 | Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym x 1 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.41 | Wymiana zamka metalowego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.42 | Wymiana zamka porcelanowego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.43 | Łuk segmentowy 1/3 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.44 | Łuk segmentowy 1/2 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.45 | Wizyta kontrolna – aparat stały, zamki metalowe | NIE | 10 % zniżki |
| 9.46 | Wizyta kontrolna – aparat stały, zamki kryształowe | NIE | 10 % zniżki |
| 9.47 | Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe | NIE | 10 % zniżki |
| 9.48 | Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe | NIE | 10 % zniżki |
| 9.49 | Aparat ruchomy – płyta Schwarza | NIE | 10 % zniżki |
| 9.50 | Aparat stały – zamki estetyczne 1 łuk | NIE | 10 % zniżki |
| 9.51 | Aparat Hyrax | NIE | 10 % zniżki |
| 9.52 | Aparat pendulum | NIE | 10 % zniżki |
| 9.53 | Aparat stały – zamki estetyczne część łuku 1 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.54 | Aparat stały – zamki estetyczne część łuku 2 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.55 | Aparat grubołuukowy Bi-helix, Quad-helix I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.56 | Aparat grubołuukowy Bi-helix, Quad-helix II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.57 | Aparat blokowy I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.58 | Aparat blokowy II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.59 | Aparat ruchomy – płyta Schwarza I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.60 | Aparat ruchomy – płyta Schwarza II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.61 | Aparat Hyrax I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.62 | Aparat Hyrax II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.63 | Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.64 | Jeden łuk aparatu stałego zamki kryształowe II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.65 | Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.66 | Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.67 | Naprawa aparatu ortodontycznego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.68 | Aparat pendulum I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.69 | Aparat pendulum II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.70 | Aparat Nance | NIE | 10 % zniżki |
| 9.71 | Kontrola retencji | NIE | 10 % zniżki |
| 9.72 | Stripping – pionowe szlifowanie zębów 1 ząb | NIE | 10 % zniżki |

| | | | |
|-------|--|-----|-------------|
| 9.73 | Wykonanie szyny nagryzowej akrylowej | NIE | 10 % zniżki |
| 9.74 | Założenie wyciągu zewnątrzrustnego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.75 | Wykonanie płytki retencyjnej | NIE | 10 % zniżki |
| 9.76 | Założenie łuku retencyjnego – szczęka | NIE | 10 % zniżki |
| 9.77 | Założenie łuku retencyjnego – żuchwa | NIE | 10 % zniżki |
| 9.78 | Zdjęcie łuku retencyjnego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.79 | Aparat stały – zamki bezligaturowe metalowe 1 łuk | NIE | 10 % zniżki |
| 9.80 | Aparat stały – zamki bezligaturowe estetyczne 1 łuk | NIE | 10 % zniżki |
| 9.81 | Aparat TWIN – BLOCK | NIE | 10 % zniżki |
| 9.82 | Aparat TWIN – BLOCK etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 9.83 | Aparat TWIN – BLOCK etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 9.84 | Wizyta kontrolna – aparat stały, zamki porcelanowe | NIE | 10 % zniżki |
| 9.85 | Aparat Hassa | NIE | 10 % zniżki |
| 9.86 | Utrzymywacz przestrzeni | NIE | 10 % zniżki |
| 9.87 | Clear aligner wycisk | NIE | 10 % zniżki |
| 9.88 | Clear aligner kontrola | NIE | 10 % zniżki |
| 9.89 | Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki ceramiczne | NIE | 10 % zniżki |
| 9.90 | Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki ceramiczne | NIE | 10 % zniżki |
| 9.91 | Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki metalowe | NIE | 10 % zniżki |
| 9.92 | Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki metalowe | NIE | 10 % zniżki |
| 9.93 | Dodatkowy element ortodontyczny 1 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.94 | Dodatkowy element ortodontyczny 2 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.95 | Dodatkowy element ortodontyczny 3 | NIE | 10 % zniżki |
| 9.96 | Wymiana zamka estetycznego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.97 | Płytki przedsionkowa – infant trainer | NIE | 10 % zniżki |
| 9.98 | Aparat stały – zamki bezligaturowe Damona – estetyczne 1 łuk | NIE | 10 % zniżki |
| 9.99 | Aparat stały – zamki bezligaturowe Damona – metalowe 1 łuk | NIE | 10 % zniżki |
| 9.100 | Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym z zamkami bezligaturowymi Damona – 1 łuk | NIE | 10 % zniżki |
| 9.101 | Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe | NIE | 10 % zniżki |
| 9.102 | Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.103 | Jeden łuk aparatu stałego zamki metalowe i kryształowe II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.104 | Aparat Multi – P | NIE | 10 % zniżki |
| 9.105 | Aparat wieloczynnościowy Rotator trzonowców | NIE | 10 % zniżki |
| 9.106 | Aparat Ekspander | NIE | 10 % zniżki |
| 9.107 | Aparat TWIN – BLOCK ze śrubą – zmodyfikowany | NIE | 10 % zniżki |
| 9.108 | Aparat TWIN – BLOCK ze śrubą – zmodyfikowany etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 9.109 | Aparat TWIN – BLOCK ze śrubą – zmodyfikowany etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 9.110 | Zawias Herbst | NIE | 10 % zniżki |
| 9.111 | Zawias Herbst etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 9.112 | Zawias Herbst etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 9.113 | Dystalizer Carriere | NIE | 10 % zniżki |
| 9.114 | Rozklinowanie typu Guray / OBC | NIE | 10 % zniżki |
| 9.115 | Aparat stały fragmentaryczny | NIE | 10 % zniżki |
| 9.116 | Aparat stały – zamki językowe 2D 1 łuk | NIE | 10 % zniżki |
| 9.117 | Wymiana zamka metalowego językowego 2D | NIE | 10 % zniżki |
| 9.118 | Wizyta kontrolna – aparat stały, zamki językowe 2D jeden łuk | NIE | 10 % zniżki |
| 9.119 | Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 1 łuku zamki językowe 2D | NIE | 10 % zniżki |
| 9.120 | Naprawa aparatu ortodontycznego wymiana 2 łuków zamki językowe 2D | NIE | 10 % zniżki |
| 9.121 | Aparat MALU | NIE | 10 % zniżki |
| 9.122 | Aparat grubołówkowy – łuk podniebienny | NIE | 10 % zniżki |
| 9.123 | Aparat grubołówkowy – łuk językowy | NIE | 10 % zniżki |
| 9.124 | Aparat stały 2x4 metalowy | NIE | 10 % zniżki |
| 9.125 | Szyna akrylowa ortodontyczna | NIE | 10 % zniżki |

| | | | |
|-----------|--|-------------|-------------|
| 9.126 | Korektor drugiej klasy | NIE | 10 % zniżki |
| 9.127 | Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne | NIE | 10 % zniżki |
| 9.128 | Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne Etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 9.129 | Wymiana łuku zamki językowe indywidualne | NIE | 10 % zniżki |
| 9.130 | Wymiana zamki językowego indywidualnego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.131 | Jeden łuk aparatu stałego zamki językowe indywidualne Etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 9.132 | Aparat System Benefit etap I | NIE | 10 % zniżki |
| 9.133 | Aparat System Benefit etap II | NIE | 10 % zniżki |
| 9.134 | Aparat ortodontyczny elastyczny | NIE | 10 % zniżki |
| 9.135 | Zabieg separacji zębów | NIE | 10 % zniżki |
| 9.136 | Wizyta kontrolna w przebiegu leczenia aparatem stałym częściowym | NIE | 10 % zniżki |
| 9.137 | Przyklejenie zamka ortodontycznego metalowego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.138 | Przyklejenie zamka ortodontycznego kryształowego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.139 | Założenie łuku ortodontycznego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.140 | Aparat stały 2x4 estetyczny | NIE | 10 % zniżki |
| 9.141 | Aparat stały 2x4 estetyczny I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.142 | Aparat stały 2x4 estetyczny II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.143 | Jeden łuk aparatu stałego zamki bezniklowe | NIE | 10 % zniżki |
| 9.144 | Jeden łuk aparatu stałego zamki bezniklowe I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.145 | Jeden łuk aparatu stałego zamki bezniklowe II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.146 | Retencja łuk retencyjny 1 ząb | NIE | 10 % zniżki |
| 9.147 | Planowanie leczenia ortognatycznego | NIE | 10 % zniżki |
| 9.148 | Plytkoproteza dziecięca | NIE | 10 % zniżki |
| 9.149 | Plytkoproteza dziecięca I Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.150 | Plytkoproteza dziecięca II Etap | NIE | 10 % zniżki |
| 9.151 | Retencja łuk retencyjny 6 zębów | NIE | 10 % zniżki |
| 9.152 | Modele dla celów diagnostycznych lub planowania ortodonta | NIE | 10 % zniżki |
| 10 | Biostomatologia | | |
| | Usługa jest wykonywana przez Lekarzy stomatologów w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego i obejmuje: | | |
| 10.1 | Badanie śliny za pomocą testu Saliva-Check Buffer (GC) | NIE | 10 % zniżki |
| 10.2 | Badanie poziomu bakterii Streptococcus mutans w ślinie za pomocą Saliva-Check Mutans (GC) | NIE | 10 % zniżki |
| 10.3 | Kontrola płytki nazębnej – Tri Plaque ID Gel (GC) | NIE | 10 % zniżki |
| 10.4 | Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis / periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET standard (MIP PHARMA) | NIE | 10 % zniżki |
| 10.5 | Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis / periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET plus (MIP PHARMA) | NIE | 10 % zniżki |
| 10.6 | Test molekularno-biologiczny do oznaczania patogenów wywołujących periodontitis / periimplantitis metodą Real-Time PCR – PET deluxe (MIP PHARMA) | NIE | 10 % zniżki |
| 10.7 | Infiltracja próchnicy – ICON (DMG) | NIE | 10 % zniżki |
| 10.8 | Minimalnie inwazyjna terapia próchnicy z wykorzystaniem technologii szklanej hybrydy – EQUIA FORTE | NIE | 10 % zniżki |
| 10.9 | Zastosowanie bioaktywnego substytutu zębiny – Biodentine (Septodont) | NIE | 10 % zniżki |
| 10.10 | Biorekonstrukcja utraconych tkanek zęba z zastosowaniem materiału ACTIVA (Pulpdent) | NIE | 10 % zniżki |
| 10.11 | Rekonstrukcja utraconych tkanek zęba z wykorzystaniem BPA-free Gaenial | NIE | 10 % zniżki |
| 10.12 | Miejscowe stosowanie MI VARNISH (GC) uwalniającego biodostępny wapń, fosforan i fluor | NIE | 10 % zniżki |
| 10.13 | Terapia podtrzymująca z wykorzystaniem biodostępnego wapnia, fosforanu i fluoru – GC MI Paste Plus | NIE | 10 % zniżki |
| 10.14 | Remineralizacja szkliwa preparatem Tooth Mousse | NIE | 10 % zniżki |
| 11 | Stomatologiczne badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej) | | |
| | Usługa obejmuje wykonanie w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez Partnera Medycznego, na skierowanie Lekarza stomatologa z ww. placówek, następujących usług | | |
| 11.1 | RTG punktowe zdjęcie zęba | 10 % zniżki | TAK |
| 11.2 | Pantomogram | NIE | 15 % zniżki |
| 11.3 | Gwarancja | TAK | TAK |

2. W celu uzyskania świadczeń medycznych w ramach Dyżuru stomatologicznego, o którym mowa w Tabeli nr 3 w pkt 1 w sytuacji nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) skontaktować się z telefoniczną infolinią medyczną,
 - 2) wykonać świadczenia medyczne w placówce medycznej wskazanej za pośrednictwem telefonicznej infolinii medycznej. W przypadku gdy w danej placówce medycznej nie można zrealizować świadczeń medycznych bezgotówkowo, pokrycie kosztów przez Ubezpieczonego następuje zgodnie z obowiązującym w niej cennikiem,
 - 3) złożyć w terminie 3 miesięcy od daty wykonania świadczenia medycznego wniosku o refundację dostępnego na stronie www.interrisk.pl wraz oryginałami faktur albo rachunków zawierającymi następujące dane:
 - a) imię i nazwisko lub nazwę podmiotu udzielającego świadczenia medycznego,
 - b) dane Ubezpieczonego na rzecz którego zostało udzielone świadczenie medyczne (imię, nazwisko, PESEL, adres zamieszkania),
 - c) ilość wykonanych świadczeń medycznych,
 - d) cenę jednostkową oraz kwotę należności ogółem,
 - e) datę udzielenia świadczenia medycznego,
 - f) specyfikację wystawioną przez Placówkę Medyczną, która udzieliła świadczenia medycznego wraz z nazwą świadczenia lub kopię dokumentacji medycznej dotyczącej zrealizowanego świadczenia medycznego,
 - g) w przypadku usług na rzecz dziecka, gdy faktura wystawiona jest na przedstawiciela ustawowego w treści faktury lub rachunku powinny się znaleźć dane dziecka na rzecz którego udzielono świadczenia medycznego.
3. Partner Medyczny dokona zwrotu kosztów (Refundacji) na wskazany we wniosku o refundację numer rachunku bankowego w terminie do 30 dni od daty doręczenia kompletnego wniosku o refundację.
4. Gwarancja, o której mowa w Tabeli nr 2 w pkt 11.3 – Ubezpieczonemu przysługuje 24 miesięczna gwarancja na ostateczne wypełnienia zachowawcze zastosowane w zębach stałych. Warunkiem jej uzyskania jest:
 - 1) realizacja w placówkach medycznych Partnera Medycznego wizyt kontrolnych co najmniej 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu,
 - 2) oczyszczanie zębów z kamienia i osadu oraz fluoryzacja 1 raz w 12 miesięcznym okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia lub według indywidualnie ustalonego harmonogramu w placówkach medycznych Partnera Medycznego,
 - 3) przestrzeganie zaleceń lekarza stomatologa,
 - 4) utrzymywanie stanu higieny jamy ustnej wg zaleceń lekarza stomatologa i/lub higienistki.
5. Gwarancji, o której mowa w ust. 4, nie podlegają stany powstałe w wyniku:
 - 1) nieprzestrzegania zalecanych wizyt kontrolnych i profilaktycznych,
 - 2) nieprzestrzegania zaleceń lekarza stomatologa,
 - 3) urazów mechanicznych, nieszczęśliwych wypadków, braków zębowych w odcinkach bocznych (brak stref podparcia),
 - 4) starcia patologicznego (bruksizmu) lub innych zaburzeń czynnościowych narządu żucia,
 - 5) fizjologicznego zaniku kości i zmian w przyzębiu,
 - 6) współistniejących schorzeń ogólnych mających wpływ na układ stomatognatyczny (cukrzyca, osteoporoza, padaczka, przebyta radioterapia i chemioterapia),
 - 7) wypełnień traktowanych jako tymczasowe (np. założonych do czasu wykonania pracy protetycznej).
6. Wariant I, II nie obejmuje usług wykonanych w znieczuleniu ogólnym.

do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM plus
zatwierdzonych uchwałą nr 02/16/04/2024 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 16 kwietnia 2024 roku.

UBEZPIECZENIE POBYTU W SZPITALU

§1

Zgodnie z postanowieniem §15 ust. 2 niniejszych OWU Ubezpieczonemu przysługują świadczenia uzależnione od wybranego wariantu ubezpieczenia w związku z pobytem w szpitalu. Szczegółowy zakres ochrony określa poniższa tabela:

Tabela nr 3

| L.p. | Świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu | Wariant ROZSZERZONY | Wariant COMPLEX |
|------|--|---|---|
| 1 | w wyniku nieszczęśliwego wypadku | 100% świadczenia dziennego | 100% świadczenia dziennego |
| 1.2 | w wyniku wypadku komunikacyjnego | dotatkowo 50% świadczenia do poz. nr 1 | dotatkowo 50% świadczenia do poz. nr 1 |
| 2 | w wyniku choroby | NIE | 100% świadczenia dziennego |

Jeśli czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje pracownik InterRisk, pracownik otrzymuje z tego tytułu wynagrodzenie zasadnicze lub zasadnicze oraz zmienne uwzględnione w kwocie składki ubezpieczeniowej.

W przypadku gdy czynności dystrybucyjne w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia wykonuje agent ubezpieczeniowy, agent jest zobowiązany poinformować klienta o charakterze otrzymywanego wynagrodzenia, a w przypadku gdy honorarium jest płacone bezpośrednio przez klienta – o jego kwocie.