

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Grupowa opieka medyczna pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie ubezpieczenia lub abonamentu medycznego oraz świadczenie usług medycyny pracy

FZ-240-02/2023

I. Świadczenie usług medycyny pracy na rzecz Zamawiającego w okresie 24 miesięcy

W ramach realizacji usług medycznych z zakresu medycyny pracy Wykonawca jest zobowiązany zapewnić w okresie 24 miesięcy:

1. Organizację opieki z zakresu medycyny pracy w zakresie przewidzianym w przepisach prawa, w szczególności badań profilaktycznych: wstępnych, okresowych i kontrolnych.

2. Organizację w zakresie:

2.1. udziału lekarza Medycyny Pracy w komisjach BHP, zgłoszony minimum 2 tygodnie wcześniej.

2.2. działań związanych z prewencją narażeń zawodowych, wizytacjami stanowisk pracy, zgłoszonych minimum 2 tygodnie wcześniej, poradnictwem dotyczącym chorób zawodowych, przygotowaniem opinii dla potrzeb komisji wypadkowej, pomoc w ustalaniu składu apteczki pierwszej pomocy.

2.3. dostęp do platformy do obsługi zleczanych zadań z zakresu medycyny pracy („Platforma”), która zawiera w szczególności:

a) informacje o procesie realizacji badań medycyny pracy,

b) pełną bazę pracowników w systemie oraz kompleksową informację na temat umówionych świadczeń,

c) e-skierowania.

3. Termin umówienia badań z zakresu medycyny pracy:

a) badania wstępne:

max. do 3 dni roboczych (przez „dni robocze” Zamawiający rozumie dni od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych o pracy) od dnia zgłoszenia w przypadku stanowisk bez narażeń oraz max. do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku stanowisk z narażeniami

b) badania okresowe:

max. do 3 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku stanowisk bez narażeń oraz max. do 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku stanowisk z narażeniami. Termin wykonania badań profilaktycznych okresowych medycyny pracy nie będzie przekraczał ważności dotychczasowego orzeczenia o zdolności, z zastrzeżeniem, że w przypadku realizacji badań okresowych skierowanie na badania medycyny pracy zostanie przekazane do wykonawcy przez Zamawiającego, nie później niż na 10 dni roboczych przed upływem dotychczasowego orzeczenia o zdolności do pracy.

c) badania kontrolne:

termin umówienia badań nie będzie przekraczał max. 3 dni roboczych, od dnia zgłoszenia w przypadku możliwości umówienia badań w placówce, w której poprzednio wykonano badania pracownikowi, w przypadku konieczności powtórzenia kompletu badań max. 3 dni robocze od dnia zgłoszenia w przypadku stanowisk bez narażeń oraz max. 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia w przypadku stanowisk z narażeniami.

4. Możliwe sposoby rejestracji świadczeń z zakresu Medycyny Pracy:

a) Zamawiający lub pracownik Zamawiającego kontaktuje się z Wykonawcą w celu umówienia terminu wizyty,

b) Zamawiający lub pracownik Zamawiającego przesyła skan skierowania na wskazany adres e-mail Wykonawcy (w przypadku wystawienia skierowania poza Platformą),

c) Zamawiający wystawia skierowanie w Platformie. Pracownik kontaktuje się z Wykonawcą (dane teleadresowe pracownik znajdzie na skierowaniu) w celu umówienia wizyty w wybranej dla siebie placówce. Dostęp do Platformy zostaje nadany Zamawiającemu indywidualnie na podstawie uzupełnionego i podpisanego przez Zamawiającego Formularza zgłoszenia osób uprawnionych do obsługi Platformy (maksimum 10 osób).

5. Wykonawca zapewni obsługę w języku angielskim infolinii oraz badań profilaktycznych.

6. Składka/opłata za usługi medycyny pracy opłacana będzie do 20-go dnia miesiąca, za który jest należna, na zasadach określonych w projektowanych postanowieniach umowy- załącznik nr 4 do SWZ.

7. Wykonawca zapewni dostęp do organizacji badań profilaktycznych: wstępnych, okresowych, kontrolnych na terenie całej Polski. Minimalna wymagana liczba placówek (własnych bądź partnerskich) minimum 15 na terenie każdego województwa oraz minimum 5 w Warszawie, oraz 1 w Katowicach.

8. Przy ustalaniu zakresu niezbędnych badań koniecznych do wystawienia orzeczenia, Wykonawca będzie stosował wskazówki metodyczne w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników, wg załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie Pracy.

9. Wykonawca wyznaczy 2 osoby realizujące przedmiot zamówienia, które będą reprezentować Wykonawcę w godzinach 8:00-16:00 w dni robocze. Zamawiający wymaga zatrudnienia tych osób na podstawie stosunku pracy przez wykonawcę lub podwykonawcę.

Sposób weryfikacji zatrudnienia tych osób oraz uprawnienia Zamawiającego w zakresie kontroli spełniania wymagań związanych z zatrudnianiem tych osób oraz sankcji z tytułu niespełnienia tych wymagań zostały wskazane w załączniku nr 4 do SWZ – projektowane postanowienia umowy.

II. Świadczenie grupowej opieki medycznej dla pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie ubezpieczenia lub abonamentu medycznego w okresie 24 miesięcy

1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1.1. Przedmiotem zamówienia są usługi opieki medycznej dla pracowników Zamawiającego oraz członków ich rodzin w formie ubezpieczenia zdrowotnego lub abonamentu medycznego.

1.2. Opisany poniżej zakres świadczeń i wymagania to warunki minimalne. Jeżeli w oferowanych ogólnych warunkach ubezpieczenia/abonamentu medycznego znajdują się zapisy korzystniejsze dla Zamawiającego i Ubezpieczonych/Uczestników programu i nie zostanie wyraźnie zastrzeżone przez Wykonawcę, że nie będą one mieć zastosowania, to zostają automatycznie włączone do ubezpieczenia.

1.3. W kwestiach nieuregulowanych w SWZ będą miały zastosowanie ogólne warunki ubezpieczenia/abonamentu medycznego Wykonawcy, złożona przez niego oferta oraz odpowiednie przepisy prawa.

1.4. Przez pracowników Zamawiającego rozumie się wszystkie osoby współpracujące z Zamawiającym, bez względu na stosunek prawny, na podstawie którego współpraca ta ma miejsce, w szczególności pracowników etatowych.

2. UBEZPIECZENI/UCZESTNICY

2.1. Do programu opieki medycznej może przystąpić każdy pracownik Zamawiającego bez ograniczenia wiekowego.

2.2. Strukturę wiekowo-płciową wszystkich pracowników Zamawiającego zawiera Załącznik nr 1A do OPZ.

2.3. Programem opieki medycznej mogą być objęci również członkowie rodzin pracowników Zamawiającego, z zastrzeżeniem, że członek rodziny danego pracownika może zostać objęty programem, jeżeli przystąpił do niego także sam pracownik.

2.4. Przez członków rodziny pracownika Zamawiającego rozumie się jego małżonka lub partnera życiowego oraz dzieci.

2.5. Partner życiowy – jest to jedna osoba, z którą Ubezpieczony/Uczestnik programu wspólnie prowadzi gospodarstwo domowe. Ponadto spełnione muszą zostać następujące warunki:

a) Ubezpieczony/Uczestnik programu ani partner nie mogą pozostawać w innym, formalnym związku małżeńskim,

b) Partner życiowy nie jest spokrewniony z Ubezpieczonym/Uczestnikiem programu w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej,

c) Partnerem życiowym jest również jedno dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego/Uczestnika programu w przypadku braku zgłoszenia innej osoby jako partnera życiowego lub małżonka.

2.6. Partnerzy życiowi mogą zostać objęci programem opieki medycznej, jeżeli nie ukończyli 70 roku życia, chyba że Wykonawca wyrazi zgodę na przyjęcie do programu małżonków lub partnerów życiowych również po 70 roku życia.

2.7. Dzieci własne lub przysposobione pracownika Zamawiającego lub jego partnera życiowego mogą być objęte programem od momentu urodzenia przynajmniej do czasu ukończenia 25 roku życia, bez względu na to, czy pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z Pracownikiem lub czy uczęszczają do szkoły.

2.8. Wszystkie osoby spełniające ustalone kryteria dotyczące wieku w momencie obejmowania programem opieki medycznej mogą pozostawać w programie do końca trwania umowy.

3. PRZYSTĘPOWANIE DO PROGRAMU

3.1. Przystąpienie do programu jest dobrowolne. Osoby spełniające kryterium przynależności do grupy mogą w dowolnym momencie trwania umowy przystępować do programu lub z niego rezygnować.

3.2. Wykonawca może zastrzec, że ponowne przystąpienie do programu osoby, która zrezygnowała, jest możliwe dopiero po określonym czasie, jednak nie dłuższym niż 12 miesięcy.

3.3. Zamawiający nie może zagwarantować, że wszyscy pracownicy skorzystają z możliwości przystąpienia do programu opieki medycznej. W obecnie funkcjonującym ubezpieczeniu zdrowotnym uczestniczy aktualnie 409 osób: 257 pracowników i 152 członków ich rodzin.

3.4. Każdy Pracownik może wybrać jeden z trzech zakresów świadczeń (wariantów), zgodnie z załącznikami 2 A-C do OPZ. Każdy z tych wariantów może zostać wybrany w jednym z trzech opcji: jako pakiet pracowniczy – dla jednej osoby tj. pracownika Zamawiającego; jako pakiet partnerski tj. pracownik Zamawiającego + jeden członek rodziny pracownika lub pakiet rodzinny tj. pracownik Zamawiającego + członkowie rodziny pracownika, bez względu na liczbę dzieci). Członek rodziny przystępuje do takiego samego zakresu świadczeń jak Pracownik Zamawiającego. Pierwszej zmiany zakresu można dokonać w każdym czasie.

Kolejna zmiana może być ograniczona czasowo, jednak nie później niż po upływie 12 miesięcy od poprzedniej zmiany. Każdy pracownik w dowolnym czasie ma także możliwość rezygnacji ze świadczeń. Informacja o rezygnacji ze świadczeń musi zostać przekazana do 20-go dnia miesiąca, z upływem którego nastąpi zakończenie możliwości korzystania ze świadczeń.

3.5. Wykonawca przyjmie do programu opieki medycznej bez ograniczeń ochrony oraz bez oceny ryzyka także osoby przebywające w szpitalach i na zwolnieniach lekarskich.

3.6. Przystępowanie i występowanie odbywa się ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego miesiąca.

3.7. Wykonawca obejmuje ubezpieczonego/uczestnika programem opieki medycznej w pełnym zakresie świadczeń od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu zgłoszenia danej osoby do programu. Zgłoszenie będzie przekazywane do 20-go dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc obsługi. Wykonawca zapewni fakultatywnie możliwość aktualizacji listy do 5-go dnia bieżącego miesiąca. Wykonawca może warunkować objęcie programem otrzymaniem do określonej daty oryginałów dokumentów przystąpienia i składki/opłaty.

4. KARENCE I INNE CZASOWE OGRANICZENIA ŚWIADCZEŃ

4.1. Wykonawca nie będzie stosował żadnych innych niż wynikające z niniejszego dokumentu karencji ani innych czasowych ograniczeń świadczenia usług wobec Ubezpieczonych/Uczestników programu.

5. SKŁADKA/OPŁATA

5.1. Składka/opłata opłacana będzie do 20-go dnia miesiąca, za który jest należna.

5.2. Za datę opłacenia składki/opłaty uważa się datę obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

5.3. Brak zapłaty składki/opłaty w wyznaczonym terminie nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, zawieszenia odpowiedzialności ani rozwiązania umowy pod warunkiem, że brakująca składka/opłata zostanie przekazana do końca miesiąca, za który jest należna. W przypadku braku składki/opłaty do końca miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który jest należna, Wykonawca wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości, wskazując termin nie krótszy niż 7 dni oraz informuje o skutku nieprzekazania składki/opłaty. W przypadku braku składki/opłaty do końca miesiąca, za który jest należna, odpowiedzialność może zostać zawieszona, a wykonawca w takim przypadku wzywa Zamawiającego do uzupełnienia zaległości wskazując, co najmniej 14-dniowy dodatkowy termin zapłaty oraz informując o skutku nieprzekazania składki/opłaty. Po uregulowaniu zaległej składki odpowiedzialność zostaje wznowiona.

5.4. Wykonawca zobowiązany jest zawiadomić Zamawiającego o nadpłacie lub niedopłacie składki/opłaty w terminie do 25-go dnia miesiąca, za który składka/opłata jest należna.

6. MIEJSCE OBSŁUGI

6.1. Wykonawca zapewni przez cały okres trwania umowy dostęp do minimum 250 placówek medycznych w całej Polsce, w tym minimum 30 w Warszawie oraz 5 w Katowicach, zapewniających realizację przedmiotu zamówienia. Ewentualne zmiany na liście udostępnionych placówek medycznych nie mogą pogorszyć ubezpieczonym/uczestnikom programu dostępu do należnych usług.

6.2. Wykonawca wraz z umową opieki medycznej przekaze Zamawiającemu listę placówek medycznych na terenie Rzeczypospolitej Polski, w których Ubezpieczeni/Uczestnicy mogą bezgotówkowo korzystać z usług objętych umową. W przypadku zmian na liście udostępnionych placówek w trakcie trwania umowy wykonawca przekaze Zamawiającemu uaktualnioną informację.

6.3. Wykonawca zapewni możliwość umawiania wizyt i badań przez dedykowaną infolinię lub aplikację lub stronę internetową 24h/dobę przez 7 dni w tygodniu.

6.4. Wykonawca zapewni możliwość umawiania wizyt i badań co najmniej za pomocą dedykowanej aplikacji, strony internetowej, infolinii i bezpośrednio w placówce.

6.5. Wykonawca zapewni przez cały okres trwania umowy dostęp do teleporad w formie e-konsultacji, a także usług: e-skierowań, e-recept, e-zwolnień.

7. WYMAGANY ZAKRES ŚWIADCZEŃ

7.1. Minimalne wymagane świadczenia w ramach programu opieki zdrowotnej zawiera Załącznik nr 2A-2D do OPZ.

7.2. Czas oczekiwania na wizytę u lekarza opieki podstawowej (internisty, lekarza POZ, pediatry) nie może być dłuższy niż 3 dni robocze. W przypadku konsultacji innych lekarzy specjalistów oczekiwane przez Zamawiającego terminy wizyt nie powinny być dłuższe niż 10 dni roboczych. Gwarancja terminów wizyt nie będzie obowiązywała w przypadku, jeżeli Ubezpieczony/Uczestnik programu wybierze inną placówkę lub lekarza niż zaproponował Wykonawca. Gwarancja nie będzie dotyczyła także sytuacji, gdy Ubezpieczony/Uczestnik programu będzie oczekiwał określonych godzin lub dni przyjęcia do lekarza. Wykonawca może zaoferować krótsze terminy realizacji wizyt. W przypadku niewywiązania się Wykonawcy z gwarancji, Ubezpieczony/Uczestnik programu ma prawo do samodzielnego umówienia się w terminie objętym gwarancją na wizytę w dowolnej placówce medycznej i zwrócenia się do Wykonawcy o refundację kosztów leczenia.

7.3. Refundacja kosztów leczenia – zwrot kosztów leczenia z tytułu świadczeń objętych programem, które miało miejsce w dowolnej placówce medycznej lub u dowolnego lekarza spoza sieci placówek udostępnionych przez Wykonawcę do obsługi bezgotówkowej, na podstawie rachunku lub imiennej faktury wystawionej na Ubezpieczonego/Uczestnika programu, do wysokości kwot rynkowych określonych przez Wykonawcę.

8. POSTANOWIENIA DODATKOWE

8.1. Wszystkie zaoferowane przez Wykonawcę świadczenia muszą zostać uwzględnione w zaoferowanej wysokości składki/opłaty z tytułu uczestnictwa w programie w ramach określonego wariantu.

8.2. Jeżeli Wykonawca oferuje ubezpieczenie zdrowotne razem z ubezpieczeniem na życie, suma ubezpieczenia na życie będzie na najniższym możliwym poziomie.

8.3. Liczba dostępnych Ubezpieczonym/Uczestnikom programu wizyt i badań nie może być w żaden sposób limitowana przez Wykonawcę, za wyjątkiem konsultacji psychologa, psychiatry, wizyt domowych, zgodnie z opisem wskazanym w załącznikach nr 2A-2D do OPZ.

8.4. Objęte programem opieki medycznej usługi we wskazanych przez Wykonawcę placówkach medycznych będą dostępne bezgotówkowo. Nie dopuszcza się, aby osoby objęte programem ponosiły w placówkach dostępnych bezgotówkowo jakiegokolwiek dodatkowe koszty lub dopłaty do wykonywanych usług medycznych objętych posiadanym przez nich pakietem.

8.5. W programie opieki medycznej nie mogą być wyłączone koszty leczenia chorób i wypadków, które wystąpiły przed jego rozpoczęciem.

8.6. Warunkowanie możliwości skorzystania ze świadczeń objętych programem posiadaniem skierowania od lekarza może mieć miejsce jedynie w przypadku konsultacji profesorskich, badań.

9. UMOWA

9.1. Umowa będzie zawarta na okres 24 miesięcy. Warunki realizacji umowy ostały określone w załączniku nr 2 do SWZ – projektowane postanowienia umowy.

9.2. Wykonawca zapewni możliwość wypowiedzenia umowy w każdym czasie, przy założeniu, że Klient (osoba objęta ubezpieczeniem/pakiem medycznym) złożył oświadczenie o wypowiedzeniu umowy z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Wykonawca otrzymał oświadczenie o wypowiedzeniu.

9.3. Zaproponowane przez wybranego Wykonawcę warunki programu opieki medycznej będą obowiązujące o ile przynajmniej 100 pracowników zdecyduje się na przystąpienie do programu.

9.4. Jeżeli wymagany poziom partycypacji, o którym mowa w punkcie 9.3. nie zostanie osiągnięty w okresie 3 miesięcy od daty wprowadzenia programu, Wykonawca będzie miał prawo zaproponować zmianę warunków umowy w formie zmiany zakresu świadczeń lub zmiany wysokości składki/opłaty. Zamawiający może zaakceptować zaproponowaną zmianę warunków umowy lub rozwiązać umowę z zastosowaniem 3 miesięcznego okresu

wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. W okresie wypowiedzenia obowiązywać będą niezmienione warunki oferty wyłonionej w ramach przetargu.

9.5. Wykonawca zapewni niezmiennność warunków programu przez cały czas trwania umowy z zastrzeżeniem osiągnięcia wymaganego poziomu partycypacji oraz zmian przewidzianych w umowie.

9.6. Aktualizacja listy osób objętych programem opieki medycznej nie będzie traktowana jako zmiana umowy i nie będzie wymagała potwierdzenia aneksem do umowy.

10. OBSŁUGA UMOWY

10.1. Wykonawca wyznaczy 2 osoby realizujące przedmiot zamówienia, które będą reprezentować Wykonawcę w godzinach 8:00-16:00 w dni robocze. Zamawiający wymaga zatrudnienia tych osób na podstawie stosunku pracy przez Wykonawcę lub podwykonawcę. Sposób weryfikacji zatrudnienia tych osób oraz uprawnienia Zamawiającego w zakresie kontroli spełniania wymagań związanych z zatrudnianiem tych osób oraz sankcji z tytułu niespełnienia tych wymagań zostały wskazane w załączniku nr 4 do SWZ – projektowane postanowienia umowy.

Załącznik nr 1A do OPZ – Struktura wiekowo - płciowa pracowników Zamawiającego

Data urodzenia	PŁEĆ
29.09.1996	M
23.06.1991	M
11.03.1988	M
01.11.1968	K
03.01.1965	K
17.12.1965	M
03.03.1959	K
04.02.1975	M
07.10.1995	K
20.02.1971	M
06.10.1977	K
02.01.1974	M
19.04.1972	M
17.04.1988	K
18.05.1988	K
20.07.1969	K
05.06.1971	K
25.02.1956	M
15.04.1983	M
11.01.1992	K
26.08.1984	M
27.07.1984	K
04.08.1970	K
18.03.1954	M
14.04.1968	M

06.09.1961	M
23.03.1973	K
17.01.1984	K
15.07.1982	M
27.09.1995	M
20.09.1982	M
19.12.1945	K
26.08.1972	M
19.09.1971	K
31.03.1997	M
26.05.1980	K
01.08.1993	M
01.10.1968	M
20.06.1972	M
10.04.1980	M
02.07.1983	K
24.08.1982	M
27.08.1963	M
25.08.1996	M
25.06.1960	M
05.09.1976	K
28.04.2004	K
03.02.1987	M
12.01.1959	M
28.06.1983	M
22.09.1975	K
08.05.1961	M

04.01.1964	M
26.08.1983	K
26.03.1987	M
11.08.1980	K
07.06.1963	K
17.04.1986	M
03.04.1944	M
20.09.1965	K
14.06.1976	M
23.12.1993	K
07.11.1977	M
28.05.1980	M
06.09.1950	K
05.06.1987	K
12.01.1979	K
17.12.1994	K
21.08.1977	M
27.05.1959	M
30.07.1997	K
05.08.1988	K
23.12.1992	K
09.11.1985	K
31.10.1990	M
26.08.1982	K
10.08.1962	K
07.05.1963	M
16.03.1974	K

16.02.1976	M
28.09.1971	M
17.02.1972	M
13.06.1972	K
30.10.1966	K
26.01.1986	M
04.03.1984	K
28.02.1984	K
09.03.1985	M
16.10.1972	M
24.10.1978	K
31.03.1984	K
09.10.1973	M
03.09.1984	M
08.03.1978	K
10.01.1973	K
19.03.1990	K
07.05.1981	K
21.07.1974	M
09.06.1969	M
03.09.1963	M
26.09.1990	K
02.12.1991	K
03.09.1957	M
07.01.1998	M
07.01.1998	M
04.09.1984	K
10.12.1988	K
14.06.1981	M

06.05.1975	M
15.11.1973	M
12.10.1969	M
03.07.1969	K
20.02.1960	M
29.08.1970	M
04.01.1972	M
10.02.1996	M
19.06.1996	K
25.05.1988	M
10.07.1951	M
26.03.1986	K
28.09.1984	K
16.07.1996	K
02.02.1961	M
15.01.1985	M
18.04.1979	K
12.12.1984	M
09.06.1979	M
13.02.1973	M
27.04.1966	K
23.05.1989	M
29.05.1980	K
27.09.1963	K
07.09.1976	K
29.08.1987	K
07.06.1975	K
14.04.1981	K
26.05.1970	M

14.12.1983	M
01.06.1965	M
09.06.1969	M
09.11.1951	M
22.11.1972	M
14.09.1975	K
01.06.1960	M
18.03.1994	M
14.08.1954	M
05.09.1954	K
16.12.1975	K
10.10.1982	M
25.04.1975	K
18.08.1949	K
06.10.1970	M
29.09.1957	K
17.10.1991	K
31.01.1987	M
08.06.1972	K
04.07.1965	K
01.06.1963	K
07.05.1997	M
13.08.1962	M
13.05.1969	M
14.08.1955	M
08.09.1986	K
15.08.1974	K
29.11.1975	K
17.01.1993	K
14.09.1993	M
09.04.1983	K

14.03.1969	M
16.10.1995	M
19.12.1964	M
18.03.1982	M
22.10.1994	K
24.05.1974	M
08.01.1952	M
21.04.1997	K
22.03.1978	K
27.11.1944	K
06.05.1970	M
17.03.1987	M
14.04.1955	M
09.05.1951	K
20.09.1980	K
25.03.1989	M
28.03.1967	K
15.02.1974	K
12.07.1974	K
22.12.1969	M
09.06.1978	K
15.09.1952	M
08.12.1998	M
15.12.1973	M
04.04.1954	K
07.03.1974	M
17.03.1978	M
30.11.1998	M
29.11.1999	M
13.09.1978	K
15.01.1960	M

13.01.1947	M
25.06.1969	M
31.05.1983	K
02.08.1970	M
04.12.1979	M
21.01.1991	K
04.12.1974	M
25.08.1953	M
06.03.1984	M
10.09.1946	M
05.08.1977	M
25.06.1956	K
08.02.1972	M
05.06.1961	M
23.03.1981	K
25.02.1993	M
15.06.1976	K
09.10.1980	M
19.11.1952	M
03.08.1956	K
02.05.1985	M
15.04.1996	K
17.07.1944	M
11.10.1993	K
06.10.1994	M
10.03.1994	M
12.04.1939	M
03.09.1993	K
10.07.1941	M
23.09.1992	K
29.04.1996	K

16.12.1975	K
27.07.1962	M
07.02.1947	M
12.06.1981	K
01.12.1964	M
15.08.1960	M
13.07.1974	K
31.08.1986	K
26.04.1970	M
22.03.1988	M
16.04.1997	K
26.07.1992	K
17.05.1952	M
27.05.1978	M
20.09.1979	M
17.10.1941	M
18.04.1941	K
28.03.1981	K
02.07.1974	M
18.04.1966	K
05.06.1955	M
05.05.1980	M
01.11.1979	M
20.07.1978	K
22.07.1998	K
17.03.1986	K
31.08.1997	K
11.12.1955	M
15.08.1965	M
	Suma: 259 (115K + 144M)

Załącznik nr 1B do OPZ – Wykaz czynników szkodliwych dla pracowników Zamawiającego

L.p.	Rodzaj czynnika szkodliwego lub uciążliwego
1	2
	A. Czynniki związane z charakterem i organizacją pracy
	Praca fizyczna
	Praca pod ziemią
	Praca w wymuszonej pozycji ciała: stojąca, stałe chodzenie, klęcząca, pochylona, w przysiadzie, leżąca
	Praca na wysokości < 3 metrów
	Praca na wysokości > 3 metrów
	Praca w transporcie i przy kierowaniu ruchem
	Praca zmianowa
	Praca precyzyjna
	Praca w znacznym stopniu obciążająca układ nerwowy
	B. Czynniki związane ze środowiskiem pracy
	1. Fizyczne
	Hałas
	Hałas ultradźwiękowy
	Drgania mechaniczne/wibracje
	Mikroklimat
	Promieniowanie
	Pola i promieniowanie
	2. Chemiczne
	Substancje toksyczne
	Substancje uczulające
	Substancje drażniące
	Substancje rakotwórcze/mutagenne
	Upośledzające funkcje rozrodcze
	3. Biologiczne makro i mikroorganizmy roślinne oraz zwierzęce (bakterie, grzyby, wirusy, pierwotniaki)
	4. Pyły
	5. Inne
	Monitor ekranowy
	Kierowanie samochodem służbowym kat. B
	Kierowanie maszyną budowlaną, np. koparki
	Kierowanie wózkiem widłowym
	Duży wydatek energetyczny
	Stanowisk decyzyjne/stres
	Wzmożony wysiłek głosowy

Załącznik nr 2A do OPZ – Minimalny wymagany zakres świadczeń w opiece medycznej – WARIANT I

Wymagany minimalny poziom świadczeń:

1. Całodobowa informacja o usługach i świadczeniach zdrowotnych dostępnych w ramach umowy.
2. Rezerwacja wizyt:
 - 2.1. za pośrednictwem infolinii,
 - 2.2. przez Internet (Wykonawca udostępni odpowiednią stronę internetową/formularz),
 - 2.3. za pośrednictwem dedykowanej aplikacji,
 - 2.4. bezpośrednio w placówkach medycznych.
3. Możliwość otrzymywania SMS z potwierdzeniem terminu świadczeń zdrowotnych.
4. Nielimitowany dostęp do konsultacji medycznych świadczonych przez co najmniej następujących specjalistów:
 - 4.1. lekarz podstawowej opieki medycznej/lekarz medycyny rodzinnej,
 - 4.2. internista,
 - 4.3. pediatra,
 - 4.4. dermatolog,
 - 4.5. ginekolog,
 - 4.6. laryngolog,
 - 4.7. neurolog,
 - 4.8. okulista,
 - 4.9. onkolog,
 - 4.10. reumatolog,
 - 4.11. urolog,
 - 4.12. chirurg dziecięcy,
 - 4.13. urolog dziecięcy,
 - 4.14. laryngolog dziecięcy,
 - 4.15. neurolog dziecięcy.

5. Limitowany dostęp (max 3 wizyty w roku, u każdego z niżej wskazanych specjalistów) do konsultacji medycznych świadczonych przez następujących specjalistów:

5.1. psycholog,

5.2. psychiatra.

6. Nielimitowane porady receptowe (bez konsultacji lekarskiej).

7. Prowadzenie ciąży: opieka lekarza ginekologa, konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne dostępne dla danego Ubezpieczonego w ramach posiadanego wariantu ubezpieczenia. Badania wykonywane na podstawie skierowania lekarskiego.

8. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu chirurgii – na podstawie skierowania lekarskiego:

8.1. usunięcie kleszcza,

8.2. założenie/zmiana/usunięcie prostego opatrunku i toaleta rany,

8.3. usunięcie ciała obcego bez nacięcia,

8.4. szycie rany do 1,5 cm,

8.5. zdjęcie szwów,

8.6. leczenie wrośniętego paznokcia.

9. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu dermatologii – na podstawie skierowania lekarskiego:

9.1. dermatoskopia,

9.2. zeszkrobiny zarażonej grzybem płytki paznokcia.

10. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu ginekologii (na podstawie skierowania lekarskiego):

10.1. pobranie materiału do standardowego badania cytologicznego.

11. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu okulistyki (na podstawie skierowania lekarskiego):

11.1. badanie dna oka,

11.2. badanie ostrości widzenia,

11.3. standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego,

11.4. płukanie dróg łzowych,

11.5. usunięcie ciała obcego z oka,

11.6. dobór szkieł korekcyjnych.

12. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu urologii (na podstawie skierowania lekarskiego):

12.1. cewnikowanie pęcherza moczowego,

12.2. wymiana cewnika (Ubezpieczony pokrywa koszty cewnika).

13. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu laryngologii (na podstawie skierowania lekarskiego):

13.1. proste opatrunki laryngologiczne,

13.2. usunięcie tamponady z nosa,

13.3. płukanie uszu,

13.4. zaopatrzenie krwotoku z nosa,

13.5. przedmuchiwanie trąbek słuchowych,

13.6. usunięcie ciała obcego z: ucha, nosa,

13.7. usunięcie szwów.

14. Ambulatoryjna opieka pielęgniarska (na podstawie skierowania lekarskiego):

14.1. pomiar ciśnienia tętniczego,

14.2. pomiar wzrostu i wagi ciała,

14.3. iniekcje: dożylna, domięśniowa, podskórna (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków),

14.4. podłączenie wlewu kroplowego (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków, płynów),

14.5. założenie/zmiana/usunięcie prostego opatrunku i toaleta rany,

14.6. pobranie krwi.

15. Badania biochemiczne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):

15.1. amylaza/diastaza (AMY),

15.2. białko całkowite,

15.3. bilirubina całkowita (BILC/BIL total),

15.4. bilirubina bezpośrednia/sprzężona/związana (BILB/BIL direct),

15.5. chlorki,

15.6. fosfataza: alkaliczna/zasadowa (ALP/ALK), kwaśna całkowita (ACP),

15.7. fosfor (P),

15.8. albumina (ALB),

- 15.9. glukoza na czczo,
- 15.10. sód (Na) i potas (K),
- 15.11. kreatynina/klirens kreatyniny (GFR),
- 15.12. mocznik,
- 15.13. próby wątrobowe (ALAT/ALT/GPT, AspAT/AST/GOT),
- 15.14. kinaza fosfokreaty-nowa/kreatynowa (CK/CPK),
- 15.15. magnez (Mg),
- 15.16. wapń (Ca).
- 16. Diagnostyka miażdżycy – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 16.1. cholesterol całkowity (CHOL),
 - 16.2. cholesterol HDL,
 - 16.3. cholesterol LDL,
 - 16.4. lipidogram (TC, HDL, LDL, TRG/TG).
- 17. Diagnostyka cukrzycy – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 17.1. glukoza na czczo.
- 18. Diagnostyka niedokrwistości (anemii) – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 18.1. żelazo (Fe),
 - 18.2. ferrytyna,
 - 18.3. transferyna.
- 19. Badania hematologiczne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 19.1. grupa krwi,
 - 19.2. czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),
 - 19.3. czas trombinowy (TT),
 - 19.4. czas protrombinowy (PT/wskaźnik Quicka/INR),
 - 19.5. fibrynogen (czynnik krzepnięcia I),
 - 19.6. koagulogram (PT, APTT, fibrynogen, czas trombinowy),
 - 19.7. morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC), płytki krwi,
 - 19.8. morfologia krwi obwodowej z rozmazem automatycznym,

- 19.9. płytki krwi,
- 19.10. odczyn opadania krwinek czerwonych (OB – odczyn Biernackiego).
- 20. Badania serologiczne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 20.1. odczyn Waaler-Rosego,
 - 20.2. USR lub VDRL,
 - 20.3. antygen HBs (HbsAg, HBs),
 - 20.4. antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex).
- 21. Badania moczu (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 21.1. badanie ogólne moczu,
 - 21.2. białko w moczu,
 - 21.3. kreatynina,
 - 21.4. fosfor (P)
 - 21.5. sód (Na),
 - 21.6. potas (K),
 - 21.7. kwas moczowy,
 - 21.8. magnez (Mg),
 - 21.9. mocznik,
 - 21.10. wapń (Ca),
- 22. Badania kału (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 22.1. badanie ogólne kału,
 - 22.2. jaja pasożytów,
 - 22.3. kał na krew utajoną (FOBT).
- 23. Badania czynnościowe układu krążenia (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 23.1. EKG spoczynkowe.
- 24. Badania radiologiczne z opisem – RTG (na podstawie skierowania lekarskiego). Zakres obejmuje pokrycie kosztu kontrastu używanego do badań oraz RTG:
 - 24.1. klatki piersiowej AP,
 - 24.2. klatki piersiowej AP i bok,
 - 24.3. czaszki oczodoły,
 - 24.4. czaszki AP + bok,

- 24.5. czaszki celowane na siodełko tureckie,
- 24.6. czaszki – kanały nerwów czaszkowych,
- 24.7. czaszki półosiowe wg Orleya,
- 24.8. czaszki – podstawy,
- 24.9. kości udowej,
- 24.10. dłoni/ręki(rąk) AP + bok,
- 24.11. pięty - boczne,
- 24.12. pięty - osiowe,
- 24.13. jamy brzusznej,
- 24.14. kości podudzia AP,
- 24.15. kości podudzia bok,
- 24.16. kości podudzia AP + bok,
- 24.17. kości przedramienia AP,
- 24.18. kości przedramienia bok,
- 24.19. kości przedramienia AP + bok,
- 24.20. kości skroniowej,
- 24.21. kości udowej AP,
- 24.22. kości udowej AP + bok,
- 24.23. kręgosłupa lędźwiowego AP,
- 24.24. kręgosłupa lędźwiowego AP + bok,
- 24.25. kręgosłupa lędźwiowego bok/skos,
- 24.26. kręgosłupa lędźwiowego czynnościowe,
- 24.27. kręgosłupa piersiowego AP,
- 24.28. kręgosłupa piersiowego bok, kręgosłupa piersiowego AP + bok,
- 24.29. kręgosłupa szyjnego AP + bok,
- 24.30. kręgosłupa szyjnego czynnościowe,
- 24.31. kręgosłupa szyjnego – bok,
- 24.32. kręgosłupa szyjnego skosy,
- 24.33. łopatki,

- 24.34. nadgarstka AP,
- 24.35. nadgarstka AP + bok/skos,
- 24.36. nadgarstka bok/skos,
- 24.37. obojczyka,
- 24.38. obu rzepek,
- 24.39. osiowe rzepki,
- 24.40. oczodołów,
- 24.41. okolicy tarczycy,
- 24.42. palca (palców) ręki,
- 24.43. palca (palców) stopy,
- 24.44. ramienia AP,
- 24.45. ramienia bok,
- 24.46. ramienia AP + bok,
- 24.47. stawu barkowego
- 24.48. stawu biodrowego AP,
- 24.49. stawu biodrowego AP + osiowe,
- 24.50. stawu kolanowego AP,
- 24.51. stawu kolanowego bok,
- 24.52. stawu kolanowego AP + bok,
- 24.53. stawu łokciowego,
- 24.54. miednicy,
- 24.55. stopy AP,
- 24.56. stopy bok,
- 24.57. stopy AP + bok,
- 24.58. obu stóp,
- 24.59. zatok przynosowych,
- 24.60. żuchwy.

25. Badania ultrasonograficzne – USG (na podstawie skierowania lekarskiego):

- 25.1. ginekologiczne transwaginalne,

- 25.2. ginekologiczne przez powłoki brzuszne,
- 25.3. prostaty/gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,
- 25.4. jamy brzusznej,
- 25.5. układu moczowego (ocena pęcherza moczowego i nerek),
- 25.6. stawu biodrowego,
- 25.7. stawu skokowego,
- 25.8. stawu barkowego,
- 25.9. stawu łokciowego,
- 25.10. stawu kolanowego,
- 25.11. piersi,
- 25.12. tarczycy.

26. Szczepienia wraz z konsultacją lekarską przed szczepieniem obejmuje iniekcję, koszt szczepionki oraz konsultację kwalifikacyjną przed szczepieniem:

26.1. p. grypie sezonowej – 1 dawka w każdych 12 miesiącach trwania zobowiązania wobec Ubezpieczonego.

27. Przegląd stanu zdrowia: Ubezpieczony ma możliwość korzystania z profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia raz w 12-miesięcznych okresach trwania zobowiązania wobec Ubezpieczonego, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego. Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia obejmuje badania diagnostyczne:

- 27.1. aminotransferaza alaninowa (ALAT/ALT/GPT),
- 27.2. TSH,
- 27.3. morfologia krwi z rozmazem (z analizatora/rozmaz automatyczny),
- 27.4. odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),
- 27.5. glukoza na czczo,
- 27.6. badanie ogólne moczu,
- 27.7. lipidogram.

28. Profilaktyka stomatologiczna: Ubezpieczony ma możliwość korzystania z profilaktycznego przeglądu stomatologicznego raz w 12 miesięcznych okresach trwania zobowiązania wobec Ubezpieczonego, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego.

Załącznik nr 2B do OPZ - Minimalny wymagany zakres świadczeń w opiece medycznej – WARIANT II

Wymagany minimalny poziom świadczeń:

1. Całodobowa informacja o usługach i świadczeniach zdrowotnych dostępnych w ramach umowy.
2. Rezerwacja wizyt:
 - 2.1. za pośrednictwem infolinii,
 - 2.2. przez Internet (Wykonawca udostępni odpowiednią stronę internetową/formularz),
 - 2.3. za pośrednictwem dedykowanej aplikacji,
 - 2.4. bezpośrednio w placówkach medycznych.
3. Możliwość otrzymywania SMS z potwierdzeniem terminu świadczeń zdrowotnych.
4. Nielimitowany dostęp do konsultacji medycznych świadczonych przez co najmniej następujących specjalistów:
 - 4.1. lekarz podstawowej opieki medycznej/lekarz rodzinny,
 - 4.2. internista,
 - 4.3. pediatra,
 - 4.4. alergolog,
 - 4.5. chirurg naczyniowy,
 - 4.6. diabetolog,
 - 4.7. gastroenterolog,
 - 4.8. ginekolog endokrynolog,
 - 4.9. hematolog,
 - 4.10. hematolog dziecięcy,
 - 4.11. hepatolog,
 - 4.12. kardiolog,
 - 4.13. kardiolog dziecięcy,
 - 4.14. ortopeda,
 - 4.15. chirurg ogólny,
 - 4.16. chirurg dziecięcy,

- 4.17. dermatolog,
- 4.18. onkolog,
- 4.19. ginekolog,
- 4.20. laryngolog,
- 4.21. laryngolog dziecięcy,
- 4.22. okulista, okulista dziecięcy,
- 4.23. neurolog, neurolog dziecięcy,
- 4.24. neurochirurg,
- 4.25. pulmonolog,
- 4.26. reumatolog,
- 4.27. urolog,
- 4.28. urolog dziecięcy.

5. Limitowany dostęp (max 3 wizyty w roku, u każdego z niżej wskazanych specjalistów) do konsultacji medycznych świadczonych przez następujących specjalistów:

- 5.1. psycholog,
- 5.2. psychiatra.

6. Nielimitowane porady receptowe (bez konsultacji lekarskiej).

7. Prowadzenie ciąży: opieka lekarza ginekologa, konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne dostępne dla danego Ubezpieczonego w ramach posiadanego wariantu ubezpieczenia. Badania wykonywane na podstawie skierowania lekarskiego.

8. Konsultacje lekarza dyżurnego (internisty, lekarza rodzinnego, pediatri).

9. Wizyty domowe limitowane lub Nielimitowane (jeżeli limitowane, to co najmniej 3 wizyty w 12- miesięcznych okresach odpowiedzialności).

10. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu alergologii - na podstawie skierowania lekarskiego:

10.1. odczulanie lekiem ubezpieczonego polegające na wykonaniu serii zastrzyków w określonym przez lekarza alergologa czasie,

10.2. wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK) i kontaktowych/płatkowych (PATCH).

11. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu chirurgii – na podstawie skierowania lekarskiego:

11.1. usunięcie kleszcza,

- 11.2. założenie/zmiana/usunięcie prostego opatrunku i toaleta rany,
- 11.3. usunięcie ciała obcego bez nacięcia,
- 11.4. szycie rany do 1,5 cm,
- 11.5. zdjęcie szwów,
- 11.6. leczenie wrośniętego paznokcia,
- 11.7. nacinanie i drenaż ropnia: skóry, krwiaka, czyraka,
- 11.8. opatrzenie drobnych urazów: rany, skręcenia, zwichnięcia,
- 11.9. opatrzenie drobnych oparzeń i odmrożeń,
- 11.10. proste zamknięcie powierzchownych ran.
12. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu dermatologii – na podstawie skierowania lekarskiego:
 - 12.1. dermatoskopia,
 - 12.2. zeszkrobiny zarażonej grzybem płytki paznokcia.
13. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu ginekologii (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 13.1. pobranie i wykonanie standardowego badania cytologicznego.
14. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu okulistyki (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 14.1. badanie dna oka,
 - 14.2. badanie ostrości widzenia,
 - 14.3. standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego,
 - 14.4. płukanie dróg łzowych,
 - 14.5. usunięcie ciała obcego z oka,
 - 14.6. dobór szkieł korekcyjnych,
 - 14.7. gonioskopia (ocena kąta przesączania),
 - 14.8. refraktometria (komputerowe badanie wzroku),
 - 14.9. badanie widzenia przestrzennego.
15. konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu ortopedii - na podstawie skierowania lekarskiego:
 - 15.1. wykonanie doraźnego unieruchomienia w zwichnięciach, skręceniach i drobnych złamaniach,

- 15.2. założenie lub zdjęcie opatrunku gipsowego,
- 15.3. iniekcja dostawowa (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków),
- 15.4. punkcje stawów.
- 16. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu urologii (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 16.1. cewnikowanie pęcherza moczowego,
 - 16.2. wymiana cewnika (Ubezpieczony pokrywa koszty cewnika).
- 17. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu laryngologii (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 17.1. proste opatrunki laryngologiczne,
 - 17.2. usunięcie tamponady z nosa,
 - 17.3. płukanie uszu,
 - 17.4. zaopatrzenie krwotoku z nosa,
 - 17.5. przedmuchiwanie trąbek słuchowych,
 - 17.6. usunięcie ciała obcego z: ucha, nosa,
 - 17.7. usunięcie szwów,
 - 17.8. płukanie zatok.
- 18. Ambulatoryjna opieka pielęgniarska (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 18.1. pomiar ciśnienia tętniczego,
 - 18.2. pomiar wzrostu i wagi ciała,
 - 18.3. iniekcje: dożylna, domięśniowa, podskórna (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków),
 - 18.4. podłączenie wlewu kroplowego (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków, płynów),
 - 18.5. założenie/zmiana/usunięcie prostego opatrunku i toaleta rany,
 - 18.6. pobranie krwi,
 - 18.7. lewatywa.
- 19. Badania biochemiczne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 19.1. amylaza/diastaza (AMY),
 - 19.2. białko całkowite,
 - 19.3. bilirubina całkowita (BILC/BIL total),

- 19.4. bilirubina bezpośrednia/sprzężona/związana (BILB/BIL direct),
- 19.5. chlorki,
- 19.6. fosfataza: alkaliczna/zasadowa (ALP/ALK), kwaśna całkowita (ACP),
- 19.7. fosfor (P),
- 19.8. albumina (ALB),
- 19.9. glukoza na czczo,
- 19.10. sód (Na) i potas (K),
- 19.11. kreatynina/klirens kreatyniny (GFR),
- 19.12. mocznik,
- 19.13. próby wątrobowe (ALAT/ALT/GPT, AspAT/AST/GOT),
- 19.14. kinaza fosfokreaty-nowa/kreatynowa (CK/CPK),
- 19.15. magnez (Mg),
- 19.16. wapń (Ca),
- 19.17. czynnik reumatoidalny (RF),
- 19.18. dehydrogenaza mleczanowa (LDH/LD),
- 19.19. USR lub VDRL
- 19.20. białko C-reaktywne (CRP/hs-CRP) – ilościowo,
- 19.21. kortyzol,
- 19.22. kwas moczowy,
- 19.23. TSH,
- 19.24. wit. D3,
- 19.25. kwas foliowy,
- 19.26. insulina na czczo.
- 20. Diagnostyka miażdżycy – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 20.1. cholesterol – badanie paskowe,
 - 20.2. cholesterol całkowity (CHOL),
 - 20.3. cholesterol HDL,
 - 20.4. cholesterol LDL,
 - 20.5. lipidogram (TC, HDL, LDL, TRG/TG).

21. Diagnostyka cukrzycy – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 21.1. glukoza na czczo,
 - 21.2. glukoza po obciążeniu/krzywa glukozowa – 75 g.
22. Diagnostyka niedokrwistości (anemii) – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 22.1. żelazo (Fe),
 - 22.2. żelazo – krzywa wchłaniania,
 - 22.3. transferyna.
23. Diagnostyka osteoporozy i zaburzeń kostnych – badania z krwi - na podstawie skierowania lekarskiego:
 - 23.1. parathormon.
24. Markery nowotworowe – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 24.1. gonadotropina kosmówkowa (wolne beta – HCG).
25. Badania hematologiczne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 25.1. grupa krwi,
 - 25.2. czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),
 - 25.3. czas trombinowy (TT),
 - 25.4. czas protrombinowy (PT/wskaźnik Quicka/INR),
 - 25.5. fibrynogen (czynnik krzepnięcia I),
 - 25.6. koagulogram (PT, APTT, fibrynogen, czas trombinowy),
 - 25.7. morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC), płytki krwi,
 - 25.8. morfologia krwi obwodowej z rozmazem automatycznym,
 - 25.9. płytki krwi,
 - 25.10. odczyn opadania krwinek czerwonych (OB – odczyn Biernackiego).
26. Badania immunologiczne oraz diagnostyka alergii – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 26.1. immunoglobuliny: A całkowite/nieswoiste (IgA), E całkowite/nieswoiste (IgE), G całkowite/nieswoiste (IgG), M całkowite/nieswoiste (IgM), łącznie (IgG, IgA, IgM).
27. Badania serologiczne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 27.1. odczyn Waaler-Rosego,

- 27.2. USR lub VDRL,
- 27.3. antygen HBs (HbsAg, HBs),
- 27.4. antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex),
- 27.5. mioglobina,
- 27.6. antygen HBs,
- 27.7. antygen HBe,
- 27.8. przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV1, HIV2.
- 28. Badania hormonalne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 28.1. estradiol,
 - 28.2. estriol,
 - 28.3. gonadotropina kosmówkowa (total beta – HCG) – próba ciążowa,
 - 28.4. progesteron, prolaktyna/laktotropina/PRL,
 - 28.5. testosteron.
- 29. Badania bakteriologiczne (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 29.1. posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram): kału, krwi, płwociny, z cewki moczowej, z gardła, z jamy ustnej, z nosa,
 - 29.2. posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) moczu.
- 30. Badania mykologiczne w kierunku drożdży, grzybów, pleśni z antymykogramem (na podstawie skierowania lekarskiego): paznokieć, włosy, skóra, owłosiona skóra głowy.
- 31. Badania moczu (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 31.1. badanie ogólne moczu,
 - 31.2. białko w moczu,
 - 31.3. kreatynina,
 - 31.4. fosfor (P)
 - 31.5. sód (Na),
 - 31.6. potas (K),
 - 31.7. kwas moczowy,
 - 31.8. magnez (Mg),
 - 31.9. mocznik,
 - 31.10. wapń (Ca),

31.11. amylaza/diastaza (AMY),

31.12. glukoza i ketony,

31.13. chlorki.

32. Badania kału (na podstawie skierowania lekarskiego):

32.1. badanie ogólne kału,

32.2. jaja pasożytów,

32.3. kał na krew utajoną (FOBT),

32.4. owsiki – wymaz.

33. Badania histopatologiczne:

33.1. pobranie i ocena preparatu histopatologicznego z fragmentów tkankowych pobranych podczas badań i zabiegów ambulatoryjnych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach wariantu ubezpieczenia).

34. Badania endoskopowe - na podstawie skierowania lekarskiego (zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztu znieczulenia powierzchniowego):

34.1. gastroscopia diagnostyczna z wykonaniem testu urazowego,

34.2. kolonoskopia,

34.3 anoskopia,

34.4. rektoskopia.

35. Badania radiologiczne z opisem – RTG (na podstawie skierowania lekarskiego). Zakres obejmuje pokrycie kosztu kontrastu używanego do badań oraz RTG:

35.1. klatki piersiowej AP,

35.2. klatki piersiowej AP i bok,

35.3. czaszki oczodoły,

35.4. czaszki AP + bok,

35.5. czaszki celowane na siodełko tureckie,

35.6. czaszki – kanały nerwów czaszkowych,

35.7. czaszki półosiowe wg Orleya,

35.8. czaszki – podstawy,

35.9. kości udowej,

35.10. dłoni/ręki(rąk) AP + bok,

35.11. pięty - boczne,

- 35.12. pięty - osiowe,
- 35.13. jamy brzusznej,
- 35.14. kości podudzia AP,
- 35.15. kości podudzia bok,
- 35.16. kości podudzia AP + bok,
- 35.17. kości przedramienia AP,
- 35.18. kości przedramienia bok,
- 35.19. kości przedramienia AP + bok,
- 35.20. kości skroniowej,
- 35.21. kości udowej AP,
- 35.22. kości udowej AP + bok,
- 35.23. kręgosłupa lędźwiowego AP,
- 35.24. kręgosłupa lędźwiowego AP + bok,
- 35.25. kręgosłupa lędźwiowego bok/skos,
- 35.26. kręgosłupa lędźwiowego czynnościowe,
- 35.27. kręgosłupa piersiowego AP,
- 35.28. kręgosłupa piersiowego bok, kręgosłupa piersiowego AP + bok,
- 35.29. kręgosłupa szyjnego AP + bok,
- 35.30. kręgosłupa szyjnego czynnościowe,
- 35.31. kręgosłupa szyjnego – bok,
- 35.32. kręgosłupa szyjnego skosy,
- 35.33. łopatki,
- 35.34. nadgarstka AP,
- 35.35. nadgarstka AP + bok/skos,
- 35.36. nadgarstka bok/skos,
- 35.37. obojczyka,
- 35.38. obu rzepek,
- 35.39. osiowe rzepki,
- 35.40. oczodołów,

- 35.41. okolicy tarczycy,
- 35.42. palca (palców) ręki,
- 35.43. palca (palców) stopy,
- 35.44. ramienia AP,
- 35.45. ramienia bok,
- 35.46. ramienia AP + bok,
- 35.47. stawu biodrowego AP,
- 35.48. stawu biodrowego AP + osiowe,
- 35.49. stawu kolanowego AP,
- 35.50. stawu kolanowego bok,
- 35.51. stawu kolanowego AP + bok,
- 35.52. stawu łokciowego,
- 35.53. miednicy,
- 35.54. stopy AP,
- 35.55. stopy bok,
- 35.56. stopy AP + bok,
- 35.57. obu stóp,
- 35.58. zatok przynosowych,
- 35.59. żuchwy.
- 35.60. kości piętowej osiowe + bok,
- 35.61. kości piętowej osiowe,
- 35.62. kręgosłupa lędźwiowego-krzyżowego,
- 35.63. kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok
- 35.64. krtani,
- 35.65. przełyku,
- 35.66. stawów krzyżowo-biodrowych,
- 35.67. stawów łokciowych,
- 35.68. stawów skroniowo-żuchwowych,
- 35.69. tchawicy,

35.70. twarzoczaszki,

35.71. badanie mammograficzne,

35.72. jelita grubego wlew doodbytniczy.

36. USG - narząd rodny, narządy męskie, ciąża (na podstawie skierowania lekarskiego) - łączna liczba badań – limit min. 10 w każdym 12 miesiącach trwania zobowiązania wobec Ubezpieczonego, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego):

36.1. ginekologiczne transwaginalne,

36.2. ginekologiczne przez powłoki brzuszne,

36.3. prostaty/gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,

36.4. jamy brzusznej,

36.5. układu moczowego (ocena pęcherza moczowego i nerek),

36.6. stawu biodrowego,

36.7. stawu skokowego,

36.8. stawu barkowego,

36.9. stawu łokciowego,

36.10. stawu kolanowego,

36.11. piersi,

36.12. tarczycy,

36.13. transrektalne (TRUS) – prostata,

36.14. płodu.

37. USG – jama brzuszna, układ moczowy (na podstawie skierowania lekarskiego):

37.1. jamy brzusznej,

37.2. układu moczowego (ocena pęcherza moczowego i nerek).

38. USG – narządu ruchu (stawy i mięśnie) (na podstawie skierowania lekarskiego):

38.1. stawu biodrowego,

38.2. stawu skokowego,

38.3. stawu barkowego,

38.4. stawu łokciowego,

38.5. stawu kolanowego,

39. USG – pozostałe (na podstawie skierowania lekarskiego):

39.1. piersi,

39.2. biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego (BAC) i jego oceną,

39.3. biopsja cienkoigłowa ślinianek pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną,

39.4. przezciemiączkowe,

39.5. tarczycy,

39.6. biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną,

39.7. jąder

40. Tomografia komputerowa – TK/CT z opisem - na podstawie skierowania lekarskiego, wykonywana w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem lub bez kontrastu:

40.1. jamy brzusznej,

40.2. krtani,

40.3. szyi.

41. Rezonans magnetyczny – NMR z opisem (na podstawie skierowania lekarskiego), wykonywany w zależności od zalecenia lekarskiego z kontrastem lub bez kontrastu:

41.1. jamy brzusznej,

41.2. szyi,

41.3. głowy,

41.4. ręki,

41.5. stopy.

42. Badania czynnościowe (na podstawie skierowania lekarskiego):

42.1. układu krążenia (EKG spoczynkowe),

42.2. narządu słuchu - audiometr,

42.3. układu oddechowego (spirometria bez próby rozkurczowej, spirometria z próbą rozkurczową)

42.4. układu ruchu (densytometria przesiewowa (scoringowa), densytometria – kręgosłup lędźwiowy, densytometria – szyjka kości udowej).

43. Szczepienia wraz z konsultacją lekarską przed szczepieniem obejmuje iniekcję, koszt szczepionki oraz konsultację kwalifikacyjną przed szczepieniem:

43.1. p. grypie sezonowej – 1 dawka w każdych 12 miesiącach trwania zobowiązania wobec Ubezpieczonego.

44. Przegląd stanu zdrowia: ubezpieczony ma możliwość korzystania z profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia raz w 12-miesięcznych okresach trwania zobowiązania wobec Ubezpieczonego, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego. Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia obejmuje badania diagnostyczne:

44.1. aminotransferaza alaninowa (ALAT/ALT/GPT),

44.2. aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT),

44.3. TSH,

44.4. morfologia krwi z rozmazem (z analizatora/rozmaz automatyczny),

44.5. odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),

44.6. glukoza na czczo,

44.7. badanie ogólne moczu,

44.8. cholesterol całkowity (CHOL),

44.9. lipidogram.

45. Profilaktyka stomatologiczna: Ubezpieczony ma możliwość korzystania z profilaktycznego przeglądu stomatologicznego raz w 12 miesięcznych okresach trwania zobowiązania wobec Ubezpieczonego, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego.

Załącznik nr 2C do OPZ - Minimalny wymagany zakres świadczeń w opiece medycznej – WARIANT III

Wymagany minimalny poziom świadczeń:

1. Całodobowa informacja o usługach i świadczeniach zdrowotnych dostępnych w ramach umowy.
2. Rezerwacja wizyt:
 - 2.1. za pośrednictwem infolinii dostępnej całą dobę,
 - 2.2. przez Internet (Wykonawca udostępni odpowiednią stronę internetową/formularz),
 - 2.3. za pośrednictwem dedykowanej aplikacji,
 - 2.4. bezpośrednio w placówkach medycznych.
3. Możliwość otrzymywania SMS z potwierdzeniem terminu świadczeń zdrowotnych.
4. Nielimitowany dostęp do konsultacji medycznych świadczonych przez co najmniej następujących specjalistów:
 - 4.1. lekarz podstawowej opieki medycznej/lekarz rodzinny,
 - 4.2. internista,
 - 4.3. pediatra,
 - 4.4. alergolog,
 - 4.5. alergolog dziecięcy,
 - 4.6. audiolog,
 - 4.7. chirurg naczyniowy,
 - 4.8. diabetolog,
 - 4.9. gastroenterolog,
 - 4.10. hematolog,
 - 4.11. hematolog dziecięcy,
 - 4.12. hepatolog,
 - 4.13. kardiolog,
 - 4.14. kardiolog dziecięcy,
 - 4.15. ortopeda, ortopeda dziecięcy,
 - 4.16. chirurg ogólny,

- 4.17. chirurg dziecięcy,
- 4.18. dermatolog,
- 4.19. dermatolog dziecięcy
- 4.20. ginekolog,
- 4.21. laryngolog,
- 4.22. laryngolog dziecięcy,
- 4.23. okulista,
- 4.24. okulista dziecięcy,
- 4.25. neurolog,
- 4.26. neurolog dziecięcy,
- 4.27. neurochirurg,
- 4.28. pulmonolog,
- 4.29. reumatolog,
- 4.30. urolog,
- 4.31. urolog dziecięcy
- 4.32. chirurg onkolog,
- 4.33. endokrynolog,
- 4.34. ginekolog endokrynolog,
- 4.35. ginekolog onkolog,
- 4.36. onkolog,
- 4.37. onkolog dziecięcy,
- 4.38. geriatra,
- 4.39. diabetolog,
- 4.40. lekarz medycyny podróży,
- 4.41. nefrolog,
- 4.42. nefrolog dziecięcy,
- 4.43. proktolog.

5. Limitowany dostęp (max 3 wizyty w roku, u każdego z niżej wskazanych specjalistów) do konsultacji medycznych świadczonych przez następujących specjalistów:

- 5.1. psycholog,

5.2. psychiatra.

6. Nielimitowane porady receptowe (bez konsultacji lekarskiej).

7. Konsultacja profesorska przebiegu leczenia.

8. Konsultacja profesorska.

9. Prowadzenie ciąży: opieka lekarza ginekologa, konsultacje lekarskie i badania diagnostyczne dostępne dla danego Ubezpieczonego w ramach posiadanego wariantu ubezpieczenia. Badania wykonywane na podstawie skierowania lekarskiego.

10. Konsultacje lekarza dyżurnego (internisty, lekarza rodzinnego, pediatry).

11. Wizyty domowe - nielimitowane.

12. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu alergologii - na podstawie skierowania lekarskiego:

12.1. odczulanie lekiem ubezpieczonego polegające na wykonaniu serii zastrzyków w określonym przez lekarza alergologa czasie,

12.2. wykonywanie skórnych testów alergologicznych: punktowych (PRICK) i kontaktowych/płatkowych (PATCH).

13. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu chirurgii – na podstawie skierowania lekarskiego:

13.1. usunięcie kleszcza,

13.2. założenie/zmiana/usunięcie prostego opatrunku i toaleta rany,

13.3. usunięcie ciała obcego bez nacięcia,

13.4. szycie rany do 1,5 cm,

13.5. zdjęcie szwów,

13.6. leczenie wrośniętego paznokcia,

13.7. nacinanie i drenaż ropnia: skóry, krwiaka, czyraka,

13.8. opatrzenie drobnych urazów: rany, skręcenia, zwichnięcia,

13.9. opatrzenie drobnych oparzeń i odmrożeń,

13.10. proste zamknięcie powierzchownych ran.

14. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu dermatologii – na podstawie skierowania lekarskiego:

14.1. zeszkrobiny zarażonej grzybem płytki paznokcia,

14.2. dermatoskopia.

15. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu ginekologii (na podstawie skierowania lekarskiego):

15.1. pobranie i wykonanie standardowego wymazu cytologicznego,

15.2. badanie czystości pochwy – biocenoza,

15.3. kolposkopia.

16. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu okulistyki (na podstawie skierowania lekarskiego):

16.1. badanie dna oka,

16.2. badanie ostrości widzenia,

16.3. standardowy pomiar ciśnienia śródgałkowego,

16.4. płukanie dróg łzowych,

16.5. usunięcie ciała obcego z oka,

16.6. dobór szkieł korekcyjnych,

16.7. gonioskopia (ocena kąta przesączania),

16.8. refraktometria (komputerowe badanie wzroku),

16.9. badanie widzenia przestrzennego,

16.10. pachymetria.

17. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu ortopedii - na podstawie skierowania lekarskiego:

17.1. wykonanie doraźnego unieruchomienia w zwichnięciach, skręceniach i drobnych złamaniach,

17.2. założenie lub zdjęcie opatrunku gipsowego,

17.3. iniekcja dostawowa (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków),

17.4. punkcje stawów.

18. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu urologii (na podstawie skierowania lekarskiego):

18.1. cewnikowanie pęcherza moczowego,

18.2. wymiana cewnika (Ubezpieczony pokrywa koszty cewnika).

19. Konsultacyjne zabiegi ambulatoryjne z zakresu laryngologii (na podstawie skierowania lekarskiego):

19.1. proste opatrunki laryngologiczne,

- 19.2. usunięcie tamponady z nosa,
- 19.3. płukanie uszu,
- 19.4. zaopatrzenie krwotoku z nosa,
- 19.5. przedmuchiwanie trąbek słuchowych,
- 19.6. usunięcie ciała obcego z: ucha, nosa,
- 19.7. usunięcie szwów,
- 19.8. płukanie zatok,
- 19.9. punkcje zatok.

20. Ambulatoryjna opieka pielęgniarska (na podstawie skierowania lekarskiego):

- 20.1. pomiar ciśnienia tętniczego,
- 20.2. pomiar wzrostu i wagi ciała,
- 20.3. iniekcje: dożylna, domięśniowa, podskórna (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków),
- 20.4. podłączenie wlewu kroplowego (Ubezpieczony ponosi koszty podawanych leków, płynów),
- 20.5. założenie/zmiana/usunięcie prostego opatrunku i toaleta rany,
- 20.6. pobranie krwi.
- 20.7. lewatywa.

21. Badania biochemiczne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):

- 21.1. amylaza/diastaza (AMY),
- 21.2. białko całkowite,
- 21.3. bilirubina całkowita (BILC/BIL total),
- 21.4. bilirubina bezpośrednia/sprzężona/związana (BILB/BIL direct),
- 21.5. chlorki,
- 21.6. fosfataza: alkaliczna/zasadowa (ALP/ALK), kwaśna całkowita (ACP),
- 21.7. fosfor (P),
- 21.8. albumina (ALB),
- 21.9. glukoza na czczo,
- 21.10. sód (Na) i potas (K),
- 21.11. kreatynina/klirens kreatyniny (GFR),

- 21.12. mocznik,
 - 21.13. próby wątrobowe (ALAT/ALT/GPT, AspAT/AST/GOT),
 - 21.14. kinaza fosfokreaty-nowa/kreatynowa (CK/CPK),
 - 21.15. magnez (Mg),
 - 21.16. wapń (Ca),
 - 21.17. czynnik reumatoidalny (RF),
 - 21.18. dehydrogenaza mleczanowa (LDH/LD),
 - 21.19. fosfataza: zasadowa i kwaśna,
 - 21.20. USR lub VDRL,
 - 21.21. białko C-reaktywne (CRP/hs-CRP) – ilościowo,
 - 21.22. kortyzol,
 - 21.23. kwas moczowy,
 - 21.24. TSH,
 - 21.25. wit. D3,
 - 21.26. kwas foliowy,
 - 21.27. insulina na czczo,
 - 21.28. homocysteina,
 - 21.29. lipaza,
 - 21.30. Alfa 1 – antytrypsyna,
 - 21.31. Alfa 1 – kwaśna glikoproteina,
 - 21.32. cholinesteraza (CHE),
 - 21.33. cynk (Zn),
 - 21.34. cystatyna C,
 - 21.35. dopełniacz – składowa C3,
 - 21.35. dopełniacz – składowa C4,
 - 21.36. miedź.
22. Diagnostyka miażdżycy – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
- 22.1. cholesterol – badanie paskowe,
 - 22.2. cholesterol całkowity (CHOL),

- 22.3. cholesterol HDL,
- 22.4. cholesterol LDL,
- 22.5. lipidogram (TC, HDL, LDL, TRG/TG),
- 23. Diagnostyka chorób tarczycy – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 23.1. hormon tyreotropowy (TSH),
 - 23.2. przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej),
 - 23.3. przeciwciała anty TG (przeciw tyreoglobulinie).
- 24. Diagnostyka cukrzycy – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 24.1. glukoza na czczo,
 - 24.2. glukoza po obciążeniu/krzywa glukozowa – 75 g,
 - 24.3. hemoglobina glikowana/glikozylowana (HbA1c),
 - 24.4. insulina,
- 25. Diagnostyka choroby wieńcowej – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 25.1. troponina.
- 26. Diagnostyka niedokrwistości (anemii) – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 26.1. żelazo (Fe),
 - 26.2. transferyna,
 - 26.3. kwas foliowy,
 - 26.4. ferrytyna,
 - 26.5. witamina B12 (cyjanokobalamina),
 - 26.6. żelazo – krzywa wchłaniania.
- 27. Diagnostyka osteoporozy i zaburzeń kostnych – badania z krwi - na podstawie skierowania lekarskiego:
 - 27.1. parathormon (intact),
 - 27.2. kalcytonina,
 - 27.3. osteokalcyna.
- 28. Markery nowotworowe – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 28.1. gonadotropina kosmówkowa (wolne beta – HCG),
 - 28.2. alfa-fetoproteina (AFP),

- 28.3. antygen CA 125 (CA 125),
 - 28.4. antygen CA 15-3 (15-3),
 - 28.5. antygen CA 19-9 (CA 19-9),
 - 28.6. antygen karcynoembrionalny (CEA),
 - 28.7. antygen swoisty dla stercza (PSA całkowity),
 - 28.8. antygen swoisty dla stercza (PSA wolny),
 - 28.9. antygen polipeptydowy swoisty (TPS).
29. Toksykologia – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
- 29.1. fenytoina – ilościowo,
 - 29.2. kwas walproinowy – ilościowo,
 - 29.3. karbamazepina – ilościowo,
 - 29.4. kwasy żółciowe,
 - 29.5. lit (Li).
30. Badania hematologiczne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):
- 30.1. grupa krwi,
 - 30.2. czas kaolinowo-kefalinowy (APTT),
 - 30.3. czas trombinowy (TT),
 - 30.4. czas protrombinowy (PT/wskaźnik Quicka/INR),
 - 30.5. fibrynogen (czynnik krzepnięcia I),
 - 30.6. koagulogram (PT, APTT, fibrynogen, czas trombinowy),
 - 30.7. morfologia krwi obwodowej: kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, Hct, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC), płytki krwi,
 - 30.8. morfologia krwi obwodowej z rozmazem automatycznym,
 - 30.9. płytki krwi,
 - 30.10. odczyn opadania krwinek czerwonych (OB – odczyn Biernackiego).
 - 30.11. retikulocyty,
 - 30.12. antytrombina III (AT III),
 - 30.13. badanie przeglądowe alloprzeciwciał (anty-RH),
 - 30.14. bezpośredni test antyglobulinowy – odczyn Coombsa BTA,
 - 30.15. d-dimery – badanie ilościowe,

31. Badania immunologiczne oraz diagnostyka alergii – badania z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):

31.1. immunoglobuliny: A całkowite/nieswoiste (IgA), E całkowite/nieswoiste (IgE), G całkowite/nieswoiste (IgG), M całkowite/nieswoiste (IgM), łącznie (IgG, IgA, IgM).

32. Badania serologiczne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):

32.1. odczyn Waaler-Rosego,

32.2.USR lub VDRL,

32.3. antygen HBs (HbsAg, HBs),

32.4. antystreptolizyna (ASO/ASLO/ASO latex),

32.5. mioglobina,

32.6. przeciwciała p. ludzkiemu wirusowi niedoboru odporności HIV1, HIV2,

32.7. przeciwciała anty-HBc całkowite,

32.8. przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV) klasy IgG,

32.9. przeciwciała p. cytomegalowirusowi (anty-CMV klasy IgM,

32.10. przeciwciała p. HCV (anty-HCV),

32.11. przeciwciała p. Helicobacter pylori – test ilościowy,

32.12. przeciwciała p. Toksoplazmoza gondii klasy IgG,

32.13. przeciwciała p. Toksoplazmoza gondii klasy IgM,

32.14. przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgG,

32.15. przeciwciała p. wirusowi różyczki Rubella klasy IgM,

32.16. antykoagulant toczniowy,

32.17. przeciwciała anty receptorom TSH,

32.18. przeciwciała anty TPO (przeciw peroksydazie tarczycowej),

32.19. przeciwciała p. cytoplazmie ANCA (cANCA, pANCA, aANCA),

32.20. przeciwciała p. krztuścowe (Bordetella pertusis) IgA,

32.21. przeciwciała p. krztuścowe (Bordetella pertusis) IgG,

32.22. przeciwciała p. krztuścowe (Bordetella pertusis) IgM,

32.23. przeciwciała p. jądrowe (ANA) – ilościowo,

32.24. przeciwciała p. jądrowe (ANA) – jakościowo,

32.25. przeciwciała p. Mycoplasma pneumoniae IgG,

- 32.26. przeciwciała p. *Mycoplasma pneumoniae* IgM,
- 32.27. przeciwciała p. *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) – klasa IgA,
- 32.28. przeciwciała p. *Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) – klasa IgG,
- 32.29. przeciwciała p. wirusowi Ebsteina-Barra – EBV IgG (Mononukleozą),
- 32.30. przeciwciała p. wirusowi Ebsteina-Barra – EBV IgM (Mononukleozą),
- 32.31. przeciwciała p. *Yersinia enterocolitica* IgA,
- 32.32. przeciwciała p. *Yersinia enterocolitica* IgG,
- 32.33. przeciwciała p. *Yersinia enterocolitica* IgM,
- 32.34. toksoplazmoza IgG awidność.

33. Badania hormonalne z krwi (na podstawie skierowania lekarskiego):

- 33.1. estradiol,
- 33.2. estriol,
- 33.3. gonadotropina kosmówkowa (total beta – HCG) – próba ciążowa,
- 33.4. progesteron, prolaktyna/laktotropina/PRL,
- 33.5. testosteron,
- 33.6. hormon tyreotropowy/tyreotropina (TSH),
- 33.7. hormon folikulotropowy (FSH),
- 33.8. kortyzol/glikokortykosteroid,
- 33.9. tyreoglobulina (TG),
- 33.10. adrenalina,
- 33.11. aldosteron,
- 33.12. androstendion,
- 33.13. DHEA,
- 33.14. gastryna,
- 33.15. hormon adrenokortykotropowy (ACTH),
- 33.16. hormon wzrostu/Hgh,
- 33.18. siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S),
- 33.19. SHBG – globulina wiążąca hormony płciowe.

34. Badania bakteriologiczne (na podstawie skierowania lekarskiego):

- 34.1. posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram) moczu.
- 34.2. posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram): kału, krwi, płwociny, z cewki moczowej, z gardła, z jamy ustnej, z nosa,
- 34.3. wymaz i posiew (identyfikacja drobnoustrojów + antybiogram): spod napletka, z czyraka, z kanału szyjki macicy, z oka, z pochwy, z rany, z ucha, ze zmiany ropnej, ze zmiany skórnej,
- 34.4. wymaz z pochwy w kierunku GBS (paciorkowca B-hemolizującego grupy B).
- 35. Badania mykologiczne w kierunku drożdży, grzybów, pleśni z antymykogramem (na podstawie skierowania lekarskiego): paznokieć, włosy, skóra, owłosiona skóra głowy.
- 36. Badania moczu (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 36.1. badanie ogólne moczu,
 - 36.2. białko w moczu,
 - 36.3. kreatynina,
 - 36.4. fosfor (P),
 - 36.5. sód (Na),
 - 36.6. potas (K),
 - 36.7. kwas moczowy,
 - 36.8. magnez (Mg),
 - 36.9. mocznik,
 - 36.10. wapń (Ca),
 - 36.11. amylaza/diastaza (AMY),
 - 36.12. glukoza i ketony,
 - 36.13. chlorki.
 - 36.14. test ciążyowy/gonadotropina kosmówkowa (HCG),
 - 36.15. aldosteron (dobowa zbórka moczu),
 - 36.16. kwas wanilinomigdałowy (dobowa zbiórka moczu),
 - 36.17. pyrylinks D/kreatynina.
- 37. Badania kału (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 37.1. badanie ogólne kału,
 - 37.2. jaja pasożytów,
 - 37.3. kał na krew utajoną (FOBT),

37.4. owsiki – wymaz.

37.5. helicobacter pylorii,

37.6. rota i adenowirusy.

38. Badania histopatologiczne:

38.1. pobranie i ocena preparatu histopatologicznego z fragmentów tkankowych pobranych podczas badań i zabiegów ambulatoryjnych przysługujących Ubezpieczonemu w ramach wariantu ubezpieczenia).

39. Badania endoskopowe - na podstawie skierowania lekarskiego (zakres ubezpieczenia obejmuje pokrycie kosztu znieczulenia powierzchniowego):

39.1. gastroscopia diagnostyczna z wykonaniem testu urazowego,

39.2. kolonoskopia,

39.3 anoskopia,

39.4. rektoskopia,

39.5. sigmoidoskopia.

40. Badania radiologiczne z opisem – RTG (na podstawie skierowania lekarskiego). Zakres obejmuje pokrycie kosztu kontrastu używanego do badań oraz RTG:

40.1. klatki piersiowej AP,

40.2. klatki piersiowej AP i bok,

40.3. czaszki oczodoły,

40.4. czaszki AP + bok,

40.5. czaszki celowane na siodło tureckie,

40.6. czaszki – kanały nerwów czaszkowych,

40.7. czaszki półosiowe wg Orleya,

40.8. czaszki – podstawy,

40.9. kości udowej,

40.10. dłoni/ręki(rąk) AP + bok,

40.11. pięty - boczne,

40.12. pięty - osiowe,

40.13. jamy brzusznej,

40.14. kości podudzia AP,

40.15. kości podudzia bok,

- 40.16. kości podudzia AP + bok,
- 40.17. kości przedramienia AP,
- 40.18. kości przedramienia bok,
- 40.19. kości przedramienia AP + bok,
- 40.20. kości skroniowej,
- 40.21. kości udowej AP,
- 40.22. kości udowej AP + bok,
- 40.23. kręgosłupa lędźwiowego AP,
- 40.24. kręgosłupa lędźwiowego AP + bok,
- 40.25. kręgosłupa lędźwiowego bok/skos,
- 40.26. kręgosłupa lędźwiowego czynnościowe,
- 40.27. kręgosłupa piersiowego AP,
- 40.28. kręgosłupa piersiowego bok, kręgosłupa piersiowego AP + bok,
- 40.29. kręgosłupa szyjnego AP + bok,
- 40.30. kręgosłupa szyjnego czynnościowe,
- 40.31. kręgosłupa szyjnego – bok,
- 40.32. kręgosłupa szyjnego skosy,
- 40.33. łopatki,
- 40.34. nadgarstka AP,
- 40.35. nadgarstka AP + bok/skos,
- 40.36. nadgarstka bok/skos,
- 40.37. obojczyka,
- 40.38. obu rzepek,
- 40.39. osiowe rzepki,
- 40.40. oczodołów,
- 40.41. okolicy tarczycy,
- 40.42. palca (palców) ręki,
- 40.43. palca (palców) stopy,
- 40.44. ramienia AP,

- 40.45. ramienia bok,
- 40.46. ramienia AP + bok,
- 40.47. stawu biodrowego AP,
- 40.48. stawu biodrowego AP + osiowe,
- 40.49. stawu kolanowego AP,
- 40.50. stawu kolanowego bok,
- 40.51. stawu kolanowego AP + bok,
- 40.53. miednicy,
- 40.52. stopy AP,
- 40.53. stopy bok,
- 40.54. stopy AP + bok,
- 40.55. obu stóp,
- 40.56. zatok przynosowych,
- 40.57. żuchwy,
- 40.58. kości piętowej osiowe + bok,
- 40.59. kości piętowej osiowe,
- 40.60. kręgosłupa lędźwiowego-krzyżowego,
- 40.61. kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego AP + bok
- 40.62. krtani,
- 40.63. przełyku,
- 40.64. stawów krzyżowo-biodrowych,
- 40.65. stawów łokciowych,
- 40.66. stawów skroniowo-żuchwowych,
- 40.67. tchawicy,
- 40.68. twarzoczaszki,
- 40.69. badanie mammograficzne,
- 40.70. jelita grubego - wlew doodbytniczy,
- 40.71. górnego odcinka przewodu pokarmowego (badanie przełyku),
- 40.72. kręgosłupa (skolioza),

40.73. stawów barkowych,

40.74. stawu skokowego,

40.75. zatok.

41. USG - narząd rodny, narządy męskie, ciąża (na podstawie skierowania lekarskiego) - łączna liczba badań – bez limitu:

41.1. ginekologiczne transwaginalne,

41.2. ginekologiczne przez powłoki brzuszne,

41.3. prostaty/gruczołu krokowego przez powłoki brzuszne,

41.4. jamy brzusznej,

41.5. układu moczowego (ocena pęcherza moczowego i nerek),

41.6. stawu biodrowego,

41.7. stawu skokowego,

41.8. stawu barkowego,

41.9. stawu łokciowego,

41.10. stawu kolanowego,

41.11. piersi,

41.12. tarczycy,

41.13. transrektalne (TRUS) – prostata,

41.14. płodu.

42. USG – jama brzuszna, układ moczowy (na podstawie skierowania lekarskiego):

42.1. jamy brzusznej,

42.2. układu moczowego (ocena pęcherza moczowego i nerek).

43. USG – narządu ruchu (stawy i mięśnie) (na podstawie skierowania lekarskiego):

43.1. barku,

43.2. stawu biodrowego,

43.3. stawu skokowego,

43.4. stawu barkowego,

43.5. stawu łokciowego,

43.6. stawu kolanowego,

43.7. mięśni, tkanki podskórnej

43.8. stawów śródreżcza i palców,

43.9. nadgarstka,

43.10. ścięgna Achillesa,

43.11. śródstopia.

44. USG – pozostałe (na podstawie skierowania lekarskiego):

44.1. piersi,

44.2. biopsja cienkoigłowa piersi pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego (BAC) i jego oceną,

44.3. ślinianek,

44.4. przeziemiączkowe,

44.5. tarczycy,

44.6. biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną,

44.7. jąder,

44.8. gałek ocznych i oczodołów,

44.9. krtani,

44.10. węzłów chłonnych,

44.11. biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych pod kontrolą USG wraz z pobraniem materiału do badania cytologicznego i jego oceną.

45. USG – naczyń krwionośnych i serca (na podstawie skierowania lekarskiego):

45.1. badanie przepływu naczyniowego w aorcie i tętnicach biodrowych (Doppler),

45.2. badanie przepływu naczyniowego tętnic szyjnych i kręgowych (Doppler),

45.3. badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn górnych (Doppler),

45.4. badanie przepływu naczyniowego tętnic kończyn dolnych (Doppler),

45.5. badanie przepływu naczyniowego żył kończyn górnych (Doppler),

45.6. badanie przepływu naczyniowego żył kończyn dolnych (Doppler),

45.7. badanie układu wrotnego wątroby (Doppler),

45.8. serca (ECHO serca).

46. Tomografia komputerowa – TK/CT z opisem - na podstawie skierowania lekarskiego, wykonywana w zależności od zalecenia lekarskiego, z kontrastem lub bez kontrastu:

46.1. jamy brzusznej,

- 46.2. krtani,
- 46.3. szyi,
- 46.4. głowy,
- 46.5. klatki piersiowej i śródpiersia,
- 46.6. kręgosłupa szyjnego,
- 46.7. kręgosłupa piersiowego,
- 46.8. kręgosłupa lędźwiowego/lędźwiowo-krzyżowego,
- 46.9. kończyn (kości i stawów),
- 46.10. kości skroniowej,
- 46.11. miednicy,
- 46.12. oczodołów,
- 46.13. twarzoczaszki,
- 46.14. zatok.

47. Rezonans magnetyczny – NMR z opisem (na podstawie skierowania lekarskiego), wykonywany w zależności od zalecenia lekarskiego z kontrastem lub bez kontrastu:

- 47.1. jamy brzusznej,
- 47.2. krtani,
- 47.3. szyi,
- 47.4. głowy,
- 47.5. klatki piersiowej i śródpiersia (z wyłączeniem piersi),
- 47.6. kręgosłupa szyjnego,
- 47.7. kręgosłupa piersiowego,
- 47.8. kręgosłupa lędźwiowego
- 47.9. miednicy,
- 47.10. oczodołów,
- 47.11. przysadki,
- 47.12. stawów,
- 47.13. twarzoczaszki,
- 47.14. zatok.

48. Badania czynnościowe układu krążenia (na podstawie skierowania lekarskiego):

- 48.1. układu krążenia (EKG spoczynkowe),
- 48.2. 24-godzinna rejestracja EKG (badanie Holtera),
- 48.3. EKG wysiłkowe,
- 48.4. USG serca.
- 49. Badania czynnościowe układu nerwowego (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 49.1. EEG,
 - 49.2. EMG – elektromiografia – próba miasteniczna,
 - 49.3. EMG – elektromiografia – próba tężyczkowa,
 - 49.4. EMG – badanie cieśni kanału nadgarstka.
- 50. Badania czynnościowe narządu słuchu (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 50.1. audiometr.
- 51. Badania czynnościowe układu oddechowego (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 51.1. spirometria bez próby rozkurczowej,
 - 51.2. spirometria z próbą rozkurczową.
- 52. Badania czynnościowe układu ruchu (na podstawie skierowania lekarskiego):
 - 52.1. densytometria przesiewowa (scringowa),
 - 52.2. densytometria – kręgosłup lędźwiowy,
 - 52.3. densytometria – szyjka kości udowej.
- 53. Szczepienia wraz z konsultacją lekarską przed szczepieniem obejmuje iniekcję, koszt szczepionki oraz konsultację kwalifikacyjną przed szczepieniem:
 - 53.1. p. grypie sezonowej –1 dawka w każdych 12 miesiącach trwania zobowiązania wobec Ubezpieczonego,
 - 53.2. podanie anatoksyny p. tężcowej (przy uszkodzeniu ciągłości skóry/błon śluzowych),
 - 53.3. p. WZW typu B,
 - 53.4. p. WZW typu A,
 - 53.5. p. WZW typu A+B,
 - 53.6. p. odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych.
- 54. Przegląd stanu zdrowia: Ubezpieczony ma możliwość korzystania z profilaktycznego przeglądu stanu zdrowia raz w 12-miesięcznych okresach trwania zobowiązania wobec Ubezpieczonego, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego. Profilaktyczny przegląd stanu zdrowia obejmuje badania diagnostyczne:

- 54.1. aminotransferaza alaninowa (ALAT/ALT/GPT),
- 54.2. aminotransferaza asparaginowa (AspAT/AST/GOT),
- 54.3. TSH,
- 54.4. morfologia krwi z rozmazem (z analizatora/rozmaz automatyczny),
- 54.5. odczyn opadania krwinek czerwonych (OB),
- 54.6. glukoza na czczo,
- 54.7. badanie ogólne moczu,
- 54.8. cholesterol całkowity (CHOL),
- 54.9. cholesterol – badanie paskowe,
- 54.10. cholesterol HDL,
- 54.11 cholesterol LDL,
- 54.12. triglicerydy (TRIG/TG),
- 54.13. mocznik,
- 54.14. kreatynina,
- 54.15. lipidogram,
- 54.16. pobranie i wykonanie standardowego wymazu cytologicznego (ginekologicznego).

55. Rehabilitacja:

- 55.1. elektrostymulacja,
- 55.2. jonoforeza,
- 55.3. galwanizacja,
- 55.4. kinezyterapia,
- 55.5. prądy diadynamiczne,
- 55.6. prądy interferencyjne,
- 55.7. ultradźwięki.

56. Profilaktyka stomatologiczna: Ubezpieczony ma możliwość korzystania z profilaktycznego przeglądu stomatologicznego raz w 12 miesięcznych okresach trwania zobowiązania wobec Ubezpieczonego, licząc od dnia objęcia ochroną danego Ubezpieczonego.