**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE WYKONAWCY** | | | | | | | | |
| Nazwa, forma prawna Wykonawcy: | | | | | | | | |
| ul.: | | | | kod pocztowy: | | | | |
| miejscowość: | | | | województwo: | | | | |
| tel.: | | | | e-mail: | | | | |
| NIP: | |  | REGON: | | |  | numer KRS: |  |
| Jednostka organizacyjna Wykonawcy, która będzie brała udział w realizacji zamówienia: | | | | | | | | |
| ul.: | | | | kod pocztowy: | | | | |
| miejscowość: | | | | osoba do kontaktu: | | | | |
| tel.: | | | | e-mail: | | | | |
| **DANE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA** | | | | | | | | |
| Przedmiot zamówienia: **Dobrowolny program grupowej opieki zdrowotnej dla pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu oraz członków ich rodzin** | | | | | | | | |
| Tryb postępowania: **podstawowy bez negocjacji** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: CENA OFERTOWA** | | | | | | | | |
| **Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:**  **………………………………………..**  ***UWAGI***   * ***szczegółowy wykaz cen jednostkowych został złożony na formularzu cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do oferty*** * ***w celu porównania ofert wskazana powyżej kwota brutto skalkulowana została dla w oparciu o szacowaną liczbę pracowników zainteresowanych przystąpieniem do programu na podstawie przeprowadzonej przez Zamawiającego ankiety tj. 156 pracowników*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: WARUNKI FAKULTATYWNE** | | | | | | | | |
| **Oświadczamy, że przyjmujemy poniższe fakultatywne warunki dodatkowe:**  ***UWAGI***   * ***jeżeli przedstawione poniżej warunki fakultatywne modyfikują warunki minimalne, to w przypadku ich akceptacji jako wiążące do oceny oferty i zawarcia umowy przyjmuje się zaakceptowane warunki fakultatywne*** * ***każdorazowo Wykonawca powinien jednoznacznie ustosunkować się do poniższych warunków fakultatywnych (akceptacja, brak akceptacji)*** * ***brak ustosunkowania się Wykonawcy/-ów do warunków fakultatywnych określonych poniżej poczytuje się jako ich niezaakceptowanie*** | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Nr warunku fakultatywnego** | **Treść warunku fakultatywnego** | **Punktacja** | **Akceptacja** | **Brak akceptacji** | | **(TAK)** | **(NIE)** | | **E.1A.** | KLAUZULA DODATKOWYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH NA TERENIE WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO | 8 |  |  | | **E.1B.** | KLAUZULA DODATKOWYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH NA TERENIE WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.1A.) | 7 |  |  | | **E.2A.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI ROZSZERZENIA PODGRUPY NA WYŻSZĄ W TERMINIE DODATKOWYCH 3 MIESIĘCY | 9 |  |  | | **E.2B.** | KLAUZULA ZMIAN PODGRUP NA WYŻSZE W DOWOLNYM MIESIĄCU OBOWIĄZYWANIA UMOWY (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.2A.) | 8 |  |  | | **E.3A.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI ZMIANY PODGRUPY NA NIŻSZĄ W TERMINIE DODATKOWYCH 3 MIESIĘCY | 7 |  |  | | **E.3B.** | KLAUZULA ZMIAN PODGRUP NA NIŻSZE W DOWOLNYM MIESIĄCU OBOWIĄZYWANIA UMOWY (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.3A.) | 6 |  |  | | **E.4A.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI PONOWNEGO PRZYSTĄPIENIA PO 6 MIESIĄCACH OD REZYGNACJI | 4 |  |  | | **E.4B.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI PONOWNEGO PRZYSTĄPIENIA PO 3 MIESIĄCACH OD REZYGNACJI (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.4A.) | 3 |  |  | | **E.4C.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI PONOWNEGO PRZYSTĄPIENIA W KAŻDYM MOMENCIE (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.4A. oraz E.4B.) | 2 |  |  | | **E.5A.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI ROZSZERZENIA PAKIETU (DODANIE WSPÓŁUCZESTNIKÓW) W TERMINIE DODATKOWYCH 3 MIESIĘCY | 9 |  |  | | **E.5B.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI ROZSZERZENIA PAKIETU (DODANIE WSPÓŁUCZESTNIKÓW) W KAŻDYM MOMENCIE (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzul E.5A.) | 9 |  |  | | **E.6.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI ZMNIEJSZENIA PAKIETU (REZYGNACJA WSPÓŁUCZESTNIKÓW) W KAŻDYM MOMENCIE | 9 |  |  | | **E.7.** | KLAUZULA CAŁODOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI INFOLINII | 6 |  |  | | **E.8.** | KLAUZULA DZIAŁALNOŚCI INFOLINII W SOBOTY I DNI USTAWOWO WOLNE OD PRACY | 6 |  |  | | **E.9A.** | KLAUZULA DODATKOWYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH NA TERENIE POLSKI (z wyłączeniem woj. dolnośląskiego) | 4 |  |  | | **E.9B.** | KLAUZULA DODATKOWYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH NA TERENIE POLSKI (z wyłączeniem woj. dolnośląskiego; akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.9A.) | 3 |  |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE** | | | | | | | | |
| **Liczba placówek medycznych na terenie województwa dolnośląskiego:**  **………………….**  **W tym na terenie miasta Wrocław:**  **………………….**  **Liczba placówek medycznych na terenie Polski (z wyłączeniem województwa dolnośląskiego):**  **………………….**  ***UWAGI***   * ***Wykonawca wraz z ofertą składa przedmiotowe środki dowodowe zgodnie z SWZ*** * ***Wykonawca zastrzega, że wykazy placówek stanowią wykazy aktualne na dzień złożenia oferty i mogą podlegać zmianom, które nie wymagają późniejszego aneksowania zawartej umowy pod warunkiem utrzymywania minimalnej liczby placówek przekraczającej liczbę placówek wymaganą przez Zamawiającego w SWZ z uwzględnieniem zaakceptowanych klauzul fakultatywnych*** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY** | | | | | | | | |
| Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją postępowania udostępnioną przez Zamawiającego, nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do wykonania zamówienia zgodnie z wymaganiami wskazanymi w dokumentacji postępowania. | | | | | | | | |
| Wyrażamy zgodę na warunki płatności i gwarancji wskazane w dokumentacji postępowania. | | | | | | | | |
| Uważamy się za związanych ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do terminu wskazanego w SWZ. | | | | | | | | |
| Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. | | | | | | | | |
| Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji postępowania oraz w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.  W pozostałych kwestiach proponujemy, aby miały zastosowanie Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia lub inne wzorce umowne, które Wykonawca dostarczy Zamawiającemu. Jeżeli Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia lub inne wzorce umowne odbiegają od warunków określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia lub są z nią sprzeczne, za wiążące uznajemy warunki określone w SWZ. | | | | | | | | |
| **W sprawach nieuregulowanych w SWZ i w ofercie mają zastosowanie następujące wzorce umowne (podać rodzaj wzorca, oznaczenie kodowe i datę uchwalenia/wejścia w życie):** | | | | | | | | |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie wszystkich obowiązujących wzorców umownych, mających zastosowanie do niniejszego zamówienia w sposób pozwalający na ich identyfikację** | | | | | | | |
| 1 |  | | | | | | | |
| 2 |  | | | | | | | |
| 3 |  | | | | | | | |
| Oświadczamy, że jesteśmy:  mikroprzedsiębiorstwem  małym przedsiębiorstwem  średnim przedsiębiorstwem  żadne z powyższych | | | | | | | | |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE** | | | | | | | | |
| Osoba wyznaczona do współpracy z Zamawiającym przy realizacji umowy: | | | | | | | | |
| imię i nazwisko: | | | | | tel.: | | e-mail: | |
| **Dokumenty składane wraz z ofertą:**   1. Formularz cenowy ze szczegółowym wykazem cen jednostkowych – zał. nr 1 do oferty 2. Zakres gwarantowanych świadczeń w poszczególnych Podgrupach – zał. nr 2a-2c do oferty 3. Przedmiotowe środki dowodowe:    1. Wykaz placówek medycznych dostępnych dla pracowników Zamawiającego na terenie województwa dolnośląskiego z uwzględnieniem wymaganej liczby placówek na terenie Miasta Wrocław – zał. nr 3a do SWZ    2. Wykaz placówek medycznych dostępnych dla pracowników Zamawiającego na terenie Polski z wyłączeniem województwa dolnośląskiego – zał. nr 3b do SWZ 4. Oświadczenie składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp – zał. nr 2 do SWZ 5. Pełnomocnictwo | | | | | | | | |
| **OŚWIADCZENIE DOT. ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ** | | | | | | | | |
| *Oświadczamy, że wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są aktualne na dzień składania ofert i są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji, prawdziwość powyższych danych potwierdzamy podpisem świadomi odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego* | | | | | | | | |

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO FORMULARZA OFERTY**

**FORMULARZ CENOWY ZE SZCZEGÓŁOWYM WYKAZEM CEN JEDNOSTKOWYCH**

1. **Podgrupa I**

**Opłaty za poszczególne pakiety.**

**Wysokość opłaty miesięcznej brutto za poszczególne pakiety w Podgrupie I określonej w Załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pakiet indywidualny (SMI1) | Pakiet partnerski (SMP1) | Pakiet rodzinny (SMR1) |
| ……………………… | ……………………… | ……………………… |

słownie:

Pakiet indywidualny: ........................................................................................złotych.................groszy

Pakiet partnerski: .............................................................................................złotych.................groszy

Pakiet rodzinny: ................................................................................................złotych.................groszy

**Łączna opłata w ramach Podgrupy I**

Łączna opłata w ramach Podgrupy I (P1) zostanie obliczona wg wzoru:

**P1 = [(SMI1 x 26)+(SMP1 x 13)+(SMR1 x 13)] x 12m**

gdzie:

SMI1 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet indywidualny na warunkach Podgrupy I określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMP1 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet partnerski na warunkach Podgrupy I określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMR1 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet rodzinny na warunkach Podgrupy I określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

26, 13, 13, – szacunkowa liczba pakietów odpowiednio: indywidualnych, partnerskich i rodzinnych na warunkach Podgrupy I określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

12 m – czas trwania umowy (12 miesięcy).

**Podgrupa I: opłata łączna w ramach Podgrupy I wynosi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **wartość brutto:** | w tym podatek VAT w wysokości: | wartość netto: |
| **P1: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |

słownie:

**P1........................................................................................złotych.................groszy brutto.**

1. **Podgrupa II**

**Opłaty za poszczególne pakiety.**

**Wysokość opłaty miesięcznej brutto za poszczególne pakiety w Podgrupie II określonej w Załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pakiet indywidualny (SMI2) | Pakiet partnerski (SMP2) | Pakiet rodzinny (SMR2) |
| ……………………… | ……………………… | ……………………… |

słownie:

Pakiet indywidualny: ........................................................................................złotych.................groszy

Pakiet partnerski: .............................................................................................złotych.................groszy

Pakiet rodzinny: ................................................................................................złotych.................groszy

**Łączna opłata w ramach Podgrupy II**

Łączna opłata w ramach Podgrupy II (P2) zostanie obliczona wg wzoru:

**P2 = [(SMI2 x 26)+(SMP2 x 13)+(SMR2 x 13)] x 12m**

gdzie:

SMI2 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet indywidualny na warunkach Podgrupy II określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMP2 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet partnerski na warunkach Podgrupy II określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMR2 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet rodzinny na warunkach Podgrupy II określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

26, 13, 13 – szacunkowa liczba pakietów odpowiednio: indywidualnych, partnerskich i rodzinnych na warunkach Podgrupy II określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

12 m – czas trwania umowy (12 miesięcy).

**Podgrupa II: opłata łączna w ramach Podgrupy II wynosi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **wartość brutto:** | w tym podatek VAT w wysokości: | wartość netto: |
| **P2: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |

słownie:

**P2: ........................................................................................złotych.................groszy brutto**

1. **Podgrupa III**

**Opłaty za poszczególne pakiety.**

**Wysokość opłaty miesięcznej brutto za poszczególne pakiety w Podgrupie III określonej w Załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pakiet indywidualny (SMI3) | Pakiet partnerski (SMP3) | Pakiet rodzinny (SMR3) |
| ……………………… | ……………………… | ……………………… |

słownie:

Pakiet indywidualny: ........................................................................................złotych.................groszy

Pakiet partnerski: .............................................................................................złotych.................groszy

Pakiet rodzinny: ................................................................................................złotych.................groszy

**Łączna opłata w ramach Podgrupy III**

Łączna opłata w ramach Podgrupy III (P3) zostanie obliczona wg wzoru:

**P3 = [(SMI3 x 26)+(SMP3 x 13)+(SMR3 x 13)] x 12m**

gdzie:

SMI3 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet indywidualny na warunkach Podgrupy III określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMP3 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet partnerski na warunkach Podgrupy III określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMR3 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet rodzinny na warunkach Podgrupy III określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

26, 13, 13 – szacunkowa liczba pakietów odpowiednio: indywidualnych, partnerskich i rodzinnych na warunkach Podgrupy III określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

12 m – czas trwania umowy (12 miesięcy).

**Podgrupa III: opłata łączna w ramach Podgrupy III wynosi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **wartość brutto:** | w tym podatek VAT w wysokości: | wartość netto: |
| **P3: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |

słownie:

**P3: .......................................................................................złotych.................groszy brutto**

**Łączna cena za realizację zamówienia (CO) brutto**

Łączna cena za realizację zamówienia liczona jest wg wzoru:

**CO = P1 + P2 + P3**

gdzie:

P1 do 3 – opłaty za poszczególne podgrupy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **wartość brutto:** | w tym podatek VAT w wysokości: | wartość netto: |
| **P1: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |
| **P2: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |
| **P3: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |
| **SUMA:** | | |
| **CO: ..................................... zł** | ................................................ zł | …............................................. zł |

**Łączna cena za realizację zamówienia brutto**

|  |
| --- |
| **CO: .................................................................. zł** |

słownie:

**CO: ........................................................................................złotych.................groszy brutto**

**ZAŁĄCZNIK NR 2a DO FORMULARZA OFERTY**

**Poniżej znajduje się minimalny katalog procedur w poszczególnych Podgrupach. Wykonawca nie może dokonać wykreślenia żadnej pozycji, ponieważ oferta ulegnie odrzuceniu ze względu na niezgodność z SWZ.**

**UWAGA! We wskazanych miejscach oprócz obligatoryjnych świadczeń medycznych należy zaoferować dodatkowe procedury medyczne.**

**ZAKRES GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ – PODGRUPA I**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Podgrupa I** |
| Infolinia i rejestracja medyczna  Funkcjonowanie infolinii i rejestracji medycznej, w tym: a) umawianie świadczeń zdrowotnych (m.in. wizyt lekarskich, badań), b) przesyłanie informacji o zaplanowanych i umówionych świadczeniach zdrowotnych poprzez sms lub e-mail | TAK |
| Honorowanie skierowań na badania od wszystkich lekarzy (bez względu na fakt czy pochodzi ono spośród świadczeniodawców współpracujących z Wykonawcą czy nie). | TAK |
| Bezpłatny, nielimitowany dostęp do lekarza podstawowej opieki medycznej: internista, pediatra, lekarz rodzinny. | TAK |
| Bezpłatne, nielimitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | ginekolog, kardiolog, laryngolog, okulista, ortopeda, diabetolog, chirurg ogólny, dermatolog |
| + co najmniej 2 specjalizacje lekarskie wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące specjalizacje dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Bezpłatne, limitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | - |
| Konsultacje do 18 r.ż. | W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji. |
| **Konsultacje profesorskie** | - |
| **Telemedycyna- e-konsultacje** | + Wykonawca zagwarantuje porady telemedyczne udzielane przez lekarzy, realizowane bez skierowań, przysługujące Uczestnikowi w ramach wybranej Podgrupy |
| **Wizyty domowe** Porada w ramach wizyty domowej udzielana przez lekarza internistę lub lekarza rodzinnego w wybranych miejscowościach na terenie kraju, po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności wykonania takiej usługi konsultantowi infolinii, w godzinach wskazanych przez placówkę medyczną i na terenie administracyjnym określonym przez placówkę medyczną. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. | - |
| Bakteriologia | Posiew moczu Kał posiew ogólny Wymaz z pochwy – posiew tlenowy / beztlenowy Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew tlenowy / beztlenowy |
| + co najmniej 3 badania bakteriologiczne wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Biochemia | CRP ilościowo Białko całkowite Bilirubina całkowita Test obciążenia glukozą Glukoza na czczo Cholestereol, HDL, LDL Trójglicerydy Lipidogram Wapń, Żelazo, Potas, Sód, Magnez Kreatynina Kwas moczowy Kwas foliowy Witamina B12 Immunoglobulin IgE, IgA, IgG, IgM Żelazo - krzywa wchłaniania CRP – test paskowy Cholesterol badanie paskowe Glukoza badanie glukometrem Troponina – badanie paskowe |
| + co najmniej 10 badań biochemicznych wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania hormonalne | TSH / hTSH T3 Wolne T4 Wolne |
| + co najmniej 1 badanie hormonalne wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania nowotworowe | PSA – wolna frakcja  PSA całkowite  CEA – antygen carcinoembrionalny  AFP – alfa-fetoproteina |
|
| Hematologia i koagulologia | Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny OB / ESR INR / Czas protrombinowy Czas trombinowy – TT |
| + co najmniej 2 dodatkowe badania wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Serologia i immunologia | ASO ilościowo, jakościowo Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała CMV IgG, IgM HIV I / HIV II EBV / Mononukleoza IgG, IgM Toksoplazmoza IgG, IgM |
| + co najmniej 4 dodatkowe badania wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania moczu | Mocz – badanie ogólne Białko w moczu, Białko całkowite Fosfor w moczu, Fosfor DZM Kreatynina w moczu, Kreatynina DZM Kwas moczowy w moczu, Kwas moczowy DZM Magnez / Mg w moczu, Magnez / Mg DZM Sód / Na w moczu, Sód / Na DZM |
| + co najmniej 5 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania kału | Kał badanie ogólne  Krew utajona w kale / F.O.B. |
| Zabiegi z zakresu alergologii | - |
|
| Zabiegi z zakresu chirurgii/ogólne | Usunięcie kleszcza – chirurgiczne niechirurgiczne Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek niewymagający opracowania chirurgicznego Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia Szycie rany do 1,5 cm Usunięcie szwów po zabiegach |
|
| Zabiegi z zakresu dermatologii | Dermatoskopia |
| Zabiegi z zakresu ginekologii/urologii | pobranie materiału do badania cytologicznego |
|
| Zabiegi z zakresu laryngologii | Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie Płukanie ucha Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha Proste opatrunki laryngologiczne Koagulacja naczyń przegrody nosa Usunięcie tamponady nosa Zaopatrzenie krwotoku z nosa Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych |
| + co najmniej 2 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu okulistyki | Badanie dna oka  Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)  Gonioskopia (ocena kąta przesączania)  Usunięcie ciała obcego z oka  Badanie ostrości widzenia  Badanie autorefraktometrem  Podanie leku do worka spojówkowego  Pomiar ciśnienia śródgałkowego  Badanie widzenia przestrzennego  Płukanie kanalików łzowych |
| Zabiegi z zakresu ortopedii | Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy Nastawienie zwichnięcia lub złamania Przygotowanie gips tradycyjny – opaska Założenie gipsu Zdjęcie gipsu – z kończyny  Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały |
|
| Zabiegi z zakresu rehabilitacji | - |
| Zabiegi z zakresu stomatologii | bezpłatny przegląd stomatologiczny raz w roku  Zniżki na usługi i zabiegi stomatologiczne zgodnie z zakresem wskazanym przez oferenta w ofercie |
| Badania radiologiczne | Wykonawca zaproponuje w ofercie co najmniej 100 procedur medycznych z zakresu RTG  Oferujemy następujące procedury: ……………………………………………………… |
| Badania ultrasonograficzne | USG jamy brzusznej  USG piersi  USG prostaty przez powłoki brzuszne  USG ginekologiczne transwaginalne |
|
| Badania endoskopowe | Anoskopia |
|
| Tomografia komputerowa bez kosztów kontrastu | TK – Tomografia komputerowa głowy |
|
| Rezonans magnetyczny bez kosztów kontrastu | MR – Rezonans magnetyczny głowy |
|
| Ambulatoryjna opieka pielęgniarska / Pielęgniarskie zabiegi ambulatoryjne | Iniekcja dożylna  Iniekcja podskórna / domięśniowa  Kroplówka w sytuacji doraźnej  Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej  Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza)  Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały  Pobranie krwi  Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza)  Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza)  Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi |
| Badania czynnościowe | Spirometria bez leku  Audiometr  Mammografia (w tym zdjęcie celowane)  EKG –spoczynkowe  Próba wysiłkowa |
|
| pozostałe badania | Cytologia szyjki macicy |
| Inne usługi medyczne | Refundacja świadczeń: Wykonawca gwarantuje refundację kosztów świadczeń medycznych, zrealizowanych na terenie Polski, w placówce medycznej innej niż wskazana przez Wykonawcę. Wysokość refundacji wynosi maksymalnie 70% kosztu wizyty u lekarza, zabiegów ambulatoryjnych oraz diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, przysługujących Uczestnikowi w ramach posiadanego Wariantu. Limit refundacji wynosi 500 zł kwartalnie. Refundacja nie dotyczy stomatologii. Refundacja odbywa się na odstawie faktury wystawionej na Uczestnika |
| Inne usługi medyczne | Prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym |
| Szczepienia | BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU  szczepienie przeciwko grypie sezonowej  anatoksyna przeciw tężcowi |
| Inne usługi oferowane przez Wykonawcę | Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |

**ZAŁĄCZNIK NR 2b DO FORMULARZA OFERTY**

**ZAKRES GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ – PODGRUPA II**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Podgrupa II** |
| Infolinia i rejestracja medyczna  Funkcjonowanie infolinii i rejestracji medycznej, w tym: a) umawianie świadczeń zdrowotnych (m.in. wizyt lekarskich, badań), b) przesyłanie informacji o zaplanowanych i umówionych świadczeniach zdrowotnych poprzez sms lub e-mail | TAK |
| Honorowanie skierowań na badania od wszystkich lekarzy (bez względu na fakt czy pochodzi ono spośród świadczeniodawców współpracujących z Wykonawcą czy nie). | TAK |
| Bezpłatny, nielimitowany dostęp do lekarza podstawowej opieki medycznej: internista, pediatra, lekarz rodzinny. | TAK |
| Bezpłatne, nielimitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | ginekolog, kardiolog, laryngolog, okulista, ortopeda, diabetolog, chirurg ogólny, dermatolog, alergolog, diabetolog, endokrynolog, nefrolog, neurolog |
| + co najmniej 9 specjalizacji lekarskich wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące specjalizacje dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Bezpłatne, limitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | - |
| Konsultacje do 18 r.ż. | W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji. |
| **Konsultacje profesorskie** | - |
| **Telemedycyna- e-konsultacje** | + Wykonawca zagwarantuje porady telemedyczne udzielane przez lekarzy, realizowane bez skierowań, przysługujące Uczestnikowi w ramach wybranej Podgrupy |
| **Wizyty domowe** Porada w ramach wizyty domowej udzielana przez lekarza internistę lub lekarza rodzinnego w wybranych miejscowościach na terenie kraju, po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności wykonania takiej usługi konsultantowi infolinii, w godzinach wskazanych przez placówkę medyczną i na terenie administracyjnym określonym przez placówkę medyczną. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. | Co najmniej 3 wizyty w roku |
| Bakteriologia | Posiew moczu Kał posiew ogólny Wymaz z pochwy – posiew tlenowy / beztlenowy Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew tlenowy / beztlenowy Wymaz z rany – posiew tlenowy / beztlenowy Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy / beztlenowy Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokci, włosów, skóry Wymazy w kierunku grzybów drożdżopodobnych - gardła, cewki moczowej, kanału szyjki macicy, nosa, pochwy, rany |
| + co najmniej 10 badań bakteriologicznych wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Biochemia | CRP ilościowo Białko całkowite Bilirubina całkowita Test obciążenia glukozą Glukoza na czczo Cholestereol, HDL, LDL Trójglicerydy Lipidogram Wapń, Żelazo, Potas, Sód, Magnez Kreatynina Kwas moczowy Kwas foliowy Witamina B12 Immunoglobulin IgE, IgA, IgG, IgM Żelazo - krzywa wchłaniania CRP – test paskowy Cholesterol badanie paskowe Glukoza badanie glukometrem Troponina – badanie paskowe |
| + co najmniej 10 badań biochemicznych wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania hormonalne | TSH / hTSH T3 Wolne T4 Wolne Kortyzol Prolaktyna po obciążeniu Progesteron Testosteron |
| + co najmniej 3 badania hormonalne wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania nowotworowe | PSA – wolna frakcja  PSA całkowite  CEA – antygen carcinoembrionalny  AFP – alfa-fetoproteina |
| + co najmniej 2 dodatkowe badania wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Hematologia i koagulologia | Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny OB / ESR INR / Czas protrombinowy Czas trombinowy – TT |
| + co najmniej 4 dodatkowe badania wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Serologia i immunologia | ASO ilościowo, jakościowo Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała CMV IgG, IgM HIV I / HIV II EBV / Mononukleoza IgG, IgM Toksoplazmoza IgG, IgM |
| + co najmniej 6 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania moczu | Mocz – badanie ogólne Białko w moczu, Białko całkowite Fosfor w moczu, Fosfor DZM Kreatynina w moczu, Kreatynina DZM Kwas moczowy w moczu, Kwas moczowy DZM Magnez / Mg w moczu, Magnez / Mg DZM Sód / Na w moczu, Sód / Na DZM |
| + co najmniej 10 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania kału | Kał badanie ogólne  Kał na pasożyty 1 próba  Krew utajona w kale / F.O.B.  Kał na Rota i Adenowirusy |
| Zabiegi z zakresu alergologii | odczulanie (bez kosztu podawanych leków) testy alergiczne skórne 1 punkt testy alergiczne skórne panel pokarmowy testy alergiczne skórne panel wziewny testy płatkowe / kontaktowe – panel podstawowy |
|
| Zabiegi z zakresu chirurgii/ogólne | Usunięcie kleszcza – chirurgiczne niechirurgiczne Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek niewymagający opracowania chirurgicznego Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia Szycie rany do 1,5 cm Usunięcie szwów po zabiegach |
|
| Zabiegi z zakresu dermatologii | Dermatoskopia |
| Zabiegi z zakresu ginekologii/urologii | pobranie materiału do badania cytologicznego |
|
| Zabiegi z zakresu laryngologii | Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie Płukanie ucha Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha Proste opatrunki laryngologiczne Koagulacja naczyń przegrody nosa Usunięcie tamponady nosa Zaopatrzenie krwotoku z nosa Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych |
| + co najmniej 2 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu okulistyki | Badanie dna oka  Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)  Gonioskopia (ocena kąta przesączania)  Usunięcie ciała obcego z oka  Badanie ostrości widzenia  Badanie autorefraktometrem  Podanie leku do worka spojówkowego  Pomiar ciśnienia śródgałkowego  Badanie widzenia przestrzennego  Płukanie kanalików łzowych |
| Zabiegi z zakresu ortopedii | Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawy Nastawienie zwichnięcia lub złamania Przygotowanie gips tradycyjny – opaska Założenie gipsu Zdjęcie gipsu – z kończyny  Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały |
|
| Zabiegi z zakresu rehabilitacji | BEZPŁATNIE, 15 ZABIEGÓW W ROKU  ( 10 zab.fizykoterapii i 5 zab.kinezyterapii)  Za fizykoterapię rozumie się - ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynne w odciążeniu, ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia czynne z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia izometryczne, mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje, masaż suchy częściowy, wyciągi Za kinezyterapię rozumie się - elektrostymulacja, galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy Träberta, magnetoterapia, ultradźwięki miejscowe, laseroterapia punktowa, sollux |
| Zabiegi z zakresu stomatologii | bezpłatny przegląd stomatologiczny raz w roku  Zniżki na usługi i zabiegi stomatologiczne zgodnie z zakresem wskazanym przez oferenta w ofercie |
| Badania radiologiczne | Wykonawca zaproponuje w ofercie co najmniej 100 procedur medycznych z zakresu RTG  Oferujemy następujące procedury: ……………………………………………………… |
| Badania ultrasonograficzne | USG jamy brzusznej  USG piersi  USG prostaty przez powłoki brzuszne  USG ginekologiczne transwaginalne  Echokardiografia – USG serca |
| Wykonawca zaproponuje w ofercie co najmniej 25 dodatkowych procedur medycznych z zakresu USG  Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Badania endoskopowe | Anoskopia  Gastroskopia (z testem urazowym)  Kolonoskopia  Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej |
| + co najmniej 1 dodatkowa procedura medyczna z zakresu badań endoskopowych wskazana przez oferenta w ofercie  Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Tomografia komputerowa bez kosztów kontrastu | TK – Tomografia komputerowa głowy |
| + co najmniej 25 dodatkowych procedur medycznych z zakresu tomografii komputerowej wskazanych przez oferenta w ofercie  Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Rezonans magnetyczny bez kosztów kontrastu | MR – Rezonans magnetyczny głowy |
| + co najmniej 25 dodatkowych procedur medycznych z zakresu rezonansu magnetycznego wskazanych przez oferenta w ofercie  Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Ambulatoryjna opieka pielęgniarska / Pielęgniarskie zabiegi ambulatoryjne | Iniekcja dożylna  Iniekcja podskórna / domięśniowa  Kroplówka w sytuacji doraźnej  Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej  Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza)  Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały  Pobranie krwi  Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza)  Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza)  Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi |
| Badania czynnościowe | Spirometria bez leku  Spiromteria - próba rozkurczowa  Audiometr  Mammografia (w tym zdjęcie celowane)  EKG –spoczynkowe  Próba wysiłkowa  Założenie Holtera EKG lub RR (na 24h) w gabinecie  EEG w czuwaniu |
| + co najmniej 5 dodatkowych procedur medycznych z zakresu badań czynnościowych wskazanych przez oferenta w ofercie  Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| pozostałe badania | Cytologia szyjki macicy  Cytologiczne badanie błony śluzowej nosa |
| Inne usługi medyczne | Refundacja świadczeń: Wykonawca gwarantuje refundację kosztów świadczeń medycznych, zrealizowanych na terenie Polski, w placówce medycznej innej niż wskazana przez Wykonawcę. Wysokość refundacji wynosi maksymalnie 70% kosztu wizyty u lekarza, zabiegów ambulatoryjnych oraz diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, przysługujących Uczestnikowi w ramach posiadanego Wariantu. Limit refundacji wynosi 500 zł kwartalnie. Refundacja nie dotyczy stomatologii. Refundacja odbywa się na odstawie faktury wystawionej na Uczestnika |
| Inne usługi medyczne | Prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym |
| Szczepienia | BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU  szczepienie przeciwko grypie sezonowej  anatoksyna przeciw tężcowi  szczepienie przeciw WZW typu A  szczepienie przeciw WZW typu A i B |
| Inne usługi oferowane przez Wykonawcę | Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |

**ZAŁĄCZNIK NR 2c DO FORMULARZA OFERTY**

**ZAKRES GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ – PODGRUPA III**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Podgrupa III** |
| Infolinia i rejestracja medyczna  Funkcjonowanie infolinii i rejestracji medycznej, w tym: a) umawianie świadczeń zdrowotnych (m.in. wizyt lekarskich, badań), b) przesyłanie informacji o zaplanowanych i umówionych świadczeniach zdrowotnych poprzez sms lub e-mail | TAK |
| Honorowanie skierowań na badania od wszystkich lekarzy (bez względu na fakt czy pochodzi ono spośród świadczeniodawców współpracujących z Wykonawcą czy nie). | TAK |
| Bezpłatny, nielimitowany dostęp do lekarza podstawowej opieki medycznej: internista, pediatra, lekarz rodzinny. | TAK |
| Bezpłatne, nielimitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | ginekolog, kardiolog, laryngolog, okulista, ortopeda, diabetolog, chirurg ogólny, dermatolog, alergolog, endokrynolog, nefrolog, neurolog |
| + co najmniej 15 specjalizacji lekarskich wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące specjalizacje dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Bezpłatne, limitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | Co najmniej 4 wizyty w roku dla specjalizacji psycholog oraz psychiatra |
| Konsultacje do 18 r.ż. | W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji. |
| **Konsultacje profesorskie** | + |
| **Telemedycyna- e-konsultacje** | + Wykonawca zagwarantuje porady telemedyczne udzielane przez lekarzy, realizowane bez skierowań, przysługujące Uczestnikowi w ramach wybranej Podgrupy |
| **Wizyty domowe** Porada w ramach wizyty domowej udzielana przez lekarza internistę lub lekarza rodzinnego w wybranych miejscowościach na terenie kraju, po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności wykonania takiej usługi konsultantowi infolinii, w godzinach wskazanych przez placówkę medyczną i na terenie administracyjnym określonym przez placówkę medyczną. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza. | Co najmniej 3 wizyty w roku |
| Bakteriologia | Posiew moczu Kał posiew ogólny Wymaz z pochwy – posiew tlenowy / beztlenowy Wymaz z kanału szyjki macicy – posiew tlenowy / beztlenowy Wymaz z rany – posiew tlenowy / beztlenowy Wymaz z nosogardła – posiew tlenowy / beztlenowy Badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokci, włosów, skóry Wymazy w kierunku grzybów drożdżopodobnych - gardła, cewki moczowej, kanału szyjki macicy, nosa, pochwy, rany |
| + co najmniej 20 badań bakteriologicznych wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Biochemia | CRP ilościowo Białko całkowite Bilirubina całkowita Test obciążenia glukozą Glukoza na czczo Cholestereol, HDL, LDL Trójglicerydy Lipidogram Wapń, Żelazo, Potas, Sód, Magnez Kreatynina Kwas moczowy Kwas foliowy Witamina B12 Immunoglobulin IgE, IgA, IgG, IgM Żelazo - krzywa wchłaniania CRP – test paskowy Cholesterol badanie paskowe Glukoza badanie glukometrem Troponina – badanie paskowe |
| + co najmniej 20 badań biochemicznych wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania hormonalne | TSH / hTSH T3 Wolne T4 Wolne Kortyzol Prolaktyna po obciążeniu Progesteron Testosteron |
| + co najmniej 8 badań hormonalnych wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania nowotworowe | PSA – wolna frakcja  PSA całkowite  CEA – antygen carcinoembrionalny  AFP – alfa-fetoproteina |
| + co najmniej 6 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Hematologia i koagulologia | Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny OB / ESR INR / Czas protrombinowy Czas trombinowy – TT |
| + co najmniej 6 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Serologia i immunologia | ASO ilościowo, jakościowo Grupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądowe P/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała CMV IgG, IgM HIV I / HIV II EBV / Mononukleoza IgG, IgM Toksoplazmoza IgG, IgM |
| + co najmniej 75 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania moczu | Mocz – badanie ogólne Białko w moczu, Białko całkowite Fosfor w moczu, Fosfor DZM Kreatynina w moczu, Kreatynina DZM Kwas moczowy w moczu, Kwas moczowy DZM Magnez / Mg w moczu, Magnez / Mg DZM Sód / Na w moczu, Sód / Na DZM |
| + co najmniej 25 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania kału | Kał badanie ogólne  Kał na pasożyty 1 próba  Krew utajona w kale / F.O.B.  Kał na Rota i Adenowirusy |
| Zabiegi z zakresu alergologii | odczulanie (bez kosztu podawanych leków) testy alergiczne skórne 1 punkt testy alergiczne skórne panel pokarmowy testy alergiczne skórne panel wziewny testy płatkowe / kontaktowe – panel podstawowy testy alergiczne z krwi wraz z pobraniem materiału |
| + co najmniej 2 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu chirurgii/ogólne | Usunięcie kleszcza – chirurgiczne niechirurgiczne Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek niewymagający opracowania chirurgicznego Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia Szycie rany do 1,5 cm Usunięcie szwów po zabiegach |
| + co najmniej 2 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu dermatologii | Dermatoskopia  Zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry  Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii do 10 zmian  Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii do 10 zmian |
| Zabiegi z zakresu ginekologii/urologii | pobranie materiału do badania cytologicznego |
| + co najmniej 3 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu laryngologii | Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie Płukanie ucha Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha Proste opatrunki laryngologiczne Koagulacja naczyń przegrody nosa Usunięcie tamponady nosa Zaopatrzenie krwotoku z nosa Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych   Nastawienie nosa zamknięte  Płukanie zatok |
| + co najmniej 5 dodatkowych zabiegów wskazanych przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu okulistyki | Badanie dna oka  Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)  Gonioskopia (ocena kąta przesączania)  Usunięcie ciała obcego z oka  Badanie ostrości widzenia  Badanie autorefraktometrem  Podanie leku do worka spojówkowego  Pomiar ciśnienia śródgałkowego  Badanie widzenia przestrzennego  Płukanie kanalików łzowych |
| Zabiegi z zakresu ortopedii | Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe i duże stawy Nastawienie zwichnięcia lub złamania Przygotowanie gips tradycyjny – opaska Założenie gipsu Zdjęcie gipsu – z kończyny  Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały |
| + co najmniej 4 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercie   Oferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu rehabilitacji | BEZPŁATNIE, 15 ZABIEGÓW W ROKU  ( 10 zab.fizykoterapii i 5 zab.kinezyterapii)  Za fizykoterapię rozumie się - ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynne w odciążeniu, ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia czynne z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia izometryczne, mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje, masaż suchy częściowy, wyciągi Za kinezyterapię rozumie się - elektrostymulacja, galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy Träberta, magnetoterapia, ultradźwięki miejscowe, laseroterapia punktowa, sollux |
| Zabiegi z zakresu stomatologii | bezpłatny przegląd stomatologiczny raz w roku  Zniżki na usługi i zabiegi stomatologiczne zgodnie z zakresem wskazanym przez oferenta w ofercie |
| Badania radiologiczne | Wykonawca zaproponuje w ofercie co najmniej 100 procedur medycznych z zakresu RTG  Oferujemy następujące procedury: ……………………………………………………… |
| Badania ultrasonograficzne | USG jamy brzusznej  USG piersi  USG prostaty przez powłoki brzuszne  USG ginekologiczne transwaginalne  Echokardiografia – USG serca |
| Wykonawca zaproponuje w ofercie co najmniej 25 dodatkowych procedur medycznych z zakresu USG  Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Badania endoskopowe | Anoskopia  Gastroskopia (z testem urazowym)  Kolonoskopia  Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej |
| + co najmniej 1 dodatkowa procedura medyczna z zakresu badań endoskopowych wskazana przez oferenta w ofercie  Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Tomografia komputerowa bez kosztów kontrastu | TK – Tomografia komputerowa głowy |
| + co najmniej 30 dodatkowych procedur medycznych z zakresu tomografii komputerowej wskazanych przez oferenta w ofercie  Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Rezonans magnetyczny bez kosztów kontrastu | MR – Rezonans magnetyczny głowy |
| + co najmniej 25 dodatkowych procedur medycznych z zakresu rezonansu magnetycznego wskazanych przez oferenta w ofercie  Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Ambulatoryjna opieka pielęgniarska / Pielęgniarskie zabiegi ambulatoryjne | Iniekcja dożylna  Iniekcja podskórna / domięśniowa  Kroplówka w sytuacji doraźnej  Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej  Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza)  Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały  Pobranie krwi  Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza)  Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza)  Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi |
| Badania czynnościowe | Spirometria bez leku  Spiromteria - próba rozkurczowa  Audiometr  Mammografia (w tym zdjęcie celowane)  EKG –spoczynkowe  Próba wysiłkowa  Założenie Holtera EKG lub RR (na 24h) w gabinecie  EEG w czuwaniu |
| + co najmniej 10 dodatkowych procedur medycznych z zakresu badań czynnościowych wskazanych przez oferenta w ofercie  Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| pozostałe badania | Cytologia szyjki macicy  Cytologiczne badanie błony śluzowej nosa  Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne  Znieczulenie miejscowe (powierzchowne) do endoskopii  Biopsja cienkoigłowa skóry / tkanki podskórnej  Biopsja cienkoigłowa sutka  Biopsja cienkoigłowa ślinianki  Biopsja cienkoigłowa tarczycy  Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych  Usunięcie / Założenie cewnika Foleya |
| Inne usługi medyczne | Refundacja świadczeń: Wykonawca gwarantuje refundację kosztów świadczeń medycznych, zrealizowanych na terenie Polski, w placówce medycznej innej niż wskazana przez Wykonawcę. Wysokość refundacji wynosi maksymalnie 70% kosztu wizyty u lekarza, zabiegów ambulatoryjnych oraz diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, przysługujących Uczestnikowi w ramach posiadanego Wariantu. Limit refundacji wynosi 500 zł kwartalnie. Refundacja nie dotyczy stomatologii. Refundacja odbywa się na odstawie faktury wystawionej na Uczestnika |
| Inne usługi medyczne | Prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym  Programy profilaktyczne 1 raz w roku |
| Szczepienia | BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU  szczepienie przeciwko grypie sezonowej  anatoksyna przeciw tężcowi  szczepienie przeciw WZW typu A  szczepienie przeciw WZW typu A I B  odkleszczowe zapalenie opon mózgowych,  odra, świnka, różyczka |
| Inne usługi oferowane przez Wykonawcę | Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |