

Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne PROMED



Podstawowa opieka medyczna

Opieka medyczna dla dzieci i osób dorosłych dostępna w trzech typach ubezpieczenia:

- Indywidualnym
- Partnerskim
- Rodzinnym

Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne PROMED skierowane jest do osób, którym zależy na podstawowej opiece medycznej. Możliwy jest wybór dogodnej formy płatności: miesięcznej, kwartalnej, półrocznej lub rocznej.

Typ ubezpieczenia	Tryb płatności			
	Rocznie	Półrocznie	Kwartalnie	Miesięcznie
INDYWIDUALNY	1 344 zł	703 zł	358 zł	124 zł
PARTNERSKI	2 637 zł	1 379 zł	702 zł	243 zł
RODZINNY	4 403 zł	2 303 zł	1 173 zł	406 zł

* w przypadku ubezpieczenia typ indywidualny składki ubezpieczeniowe podane są za osobę
Umowa ubezpieczeniowa zawierana jest na okres 12 miesięcy.

Załącznik do Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego PROMED

Wykaz Świadczeń ambulatoryjnych

Zakres Podstawowy

Zakres opieki zdrowotnej	
Telefoniczna Pomoc Medyczna	•
Konsultacje online	•
Konsultacje specjalistów wariant podstawowy	•
Konsultacje specjalistów wariant I	•
Zabiegi pielęgniarskie	•
Zabiegi ambulatoryjne wariant I	•
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	•
Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa wariant podstawowy	•
Dostęp do Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela – tj. placówek LUX MED, Medycyna Rodzinna wskazanych na właściwej podstronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia , oraz Eurodental wskazanych na stronie internetowej Operatora http://www.luxmed.pl/ubezpieczenia/centra-medyczne-grupy-lux-med/eurodental.html	•
Dostęp do Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela – tj. sieci współpracujących Placówek medycznych wskazanych na właściwej podstronie www.luxmed.pl/ubezpieczenia	•

Typ ubezpieczenia	Tryb płatności			
	Rocznie	Półrocznie	Kwartalnie	Miesięcznie
INDYWIDUALNY	1 344 zł	703 zł	358 zł	124 zł
PARTNERSKI	2 637 zł	1 379 zł	702 zł	243 zł
RODZINNY	4 403 zł	2 303 zł	1 173 zł	406 zł

Szczegółowy wykaz świadczeń:

Telefoniczna pomoc medyczna

Telefoniczna Pomoc Medyczna jest Świadczeniem medycznym realizowanym przez Operatora w sytuacjach wymagających pilnego uzyskania porady, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub telefonicznych systemów łączności. Usługa obejmuje możliwość skorzystania z Telefonicznej Pomocy Medycznej udzielanej przez specjalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarki) w zakresie interny/medycyny rodzinnej/pediatric/pielęgniarstwa pod numerem ogólnopolskiej Infolinii Grupy LUX MED, przez 24 godziny na dobę.



luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10, f: 22 331 85 85

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000395438

NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro

W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny może skierować Pacjenta na stacjonarną wizytę lekarską, zdecydować o wezwaniu karetki pogotowia lub skierować w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Uwaga: Podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej nie są wystawiane e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcję postkoitalną (antykoncepcja awaryjna), oraz skierowania na badania podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące, skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Świadczenie medyczne w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej odbywa się wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako Ubezpieczony - uprawniony do Świadczeń medycznych z tytułu Telefonicznej Pomocy Medycznej na podstawie zawartej Umowy. Ubezpieczony nie może udostępnić Świadczenia medycznego w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej innej osobie. Ubezpieczony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje usługi ratunkowej w stanie zagrożenia życia lub zdrowia. Telefoniczna Pomoc Medyczna nie zastępuje konsultacji stacjonarnej ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty / e zwolnienia podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej należy do Lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty / e - zwolnienia kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem Ubezpieczonego.

Konsultacje online

Konsultacja online jest Świadczeniem medycznym realizowanym przez Operatora za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczonym możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem lekarza, położnej, oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce "Konsultacje online". Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.

Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez Ubezpieczonego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego. W zakres Konsultacji online wchodzi niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą.

Usługa obejmuje Konsultacje online w następującym zakresie:

- interny/medycy rodzinnej (od 18 r.ż.)
- pediatrii (do 18 r.ż.)
- położnictwa
- pielęgniarstwa pediatrycznego

Uwaga: Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego. W celu skorzystania z Konsultacji online Ubezpieczony po zalogowaniu się do konta na Portalu Pacjenta w zakładce „Konsultacje online” ustawia się w kolejce oczekujących na skorzystanie z usługi. Świadczenie usług w postaci Konsultacji online odbywa się wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako osoba uprawniona do Świadczeń medycznych z tytułu Konsultacji online. Ubezpieczony nie może udostępnić usługi w postaci Konsultacji online innej osobie. Ubezpieczony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym. W ramach Konsultacji online Ubezpieczony otrzymuje Świadczenie medyczne, w tym w ramach usługi mogą być wystawione skierowanie na badania, skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania innej Porady Telemedycznej lub skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania Świadczenia medycznego w ramach usługi stacjonarnej, e-recepta na leki do kontynuacji leczenia przewlekłego, e-recepta de novo w oparciu o dokumentację medyczną oraz wskazania medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online, orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych.

W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny w trakcie Konsultacji online może odmówić zdalnej porady i skierować Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, pielęgniarską lub położniczą. Podczas Konsultacji online nie są wystawiane e-zwolnienia, oraz skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące oraz skierowania na biopsje, badania endoskopowe i próby wysiłkowe. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty podczas Konsultacji online należy do Lekarza, który może odmówić wystawienia e-recepty kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem Ubezpieczonego. Lekarz podczas Konsultacji online nie wystawia e-recepty na szczepionki, leki silnie działające, leki niosące za sobą możliwość uzależnienia, antykoncepcja postkoitalna (antykoncepcja awaryjna).

Konsultacje specjalistów wariant podstawowy

Usługa obejmuje nielimitowane wizyty w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, w sytuacjach: chorobowych oraz pomocy w nagłych zachorowaniach.

Usługa zawiera: wywiad, poradę Lekarza wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

- interny
- pediatrii
- Lekarza medycyny rodzinnej

Uwaga: Usługa Konsultacje specjalistów wariant podstawowy nie obejmuje: konsultacji Lekarzy dyżurnych, konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora



luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10, f: 22 331 85 85

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro

habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Konsultacje specjalistów wariant I

Usługa obejmuje nielimitowany dostęp do konsultacji Lekarzy w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego. Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia.

W przypadku:

Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

- chirurgii ogólnej
- ginekologii
- laryngologii
- neurologii
- okulistyki
- urologii

Ubezpieczonych do 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji w następującym zakresie:

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

Uwaga: Usługa Konsultacje specjalistów wariant I nie obejmuje: konsultacji Lekarzy dyżurnych, konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego. Również pozostałe konsultacje są odpłatne.

Zabiegi pielęgniarskie

Usługi obejmujące pomiary podstawowe, drobne zabiegi w tym diagnostyczne, zgodnie z kompetencjami wykonywane przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie lub na zlecenie Lekarza, w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.

Zabiegi pielęgniarskie obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne pielęgniarskie:

- Iniekcja dożylna
- Iniekcja podskórna / domięśniowa
- Kroplówka w sytuacji doraźnej
- Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej
- Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza)
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunków małych
- Pobranie krwi
- Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza)
- Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza)
- Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi

Uwaga: Materiały i środki medyczne takie, jak: opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

Zabiegi ambulatoryjne wariant I

Usługi obejmujące pomiary podstawowe, zabiegi w tym diagnostyczne, niewymagające hospitalizacji oraz reżimu sali operacyjnej. Zgodnie z kompetencjami wykonywane przez Lekarza lub pielęgniarkę lub położną, podczas właściwej dla zabiegu konsultacji lekarskiej lub poza konsultacją lekarską w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Zakres konsultacyjnych zabiegów ambulatoryjnych uzależniony jest od zakresu konsultacji Lekarzy, do których Ubezpieczony jest uprawniony w ramach zakresu ubezpieczenia, wieku Ubezpieczonego i dostępności zabiegu w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczyciela.

Zabiegi ambulatoryjne obejmują:

Zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

Zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- Szycie rany do 1,5 cm
- Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
- Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza (nie wykonujemy zdejmowania szwów po porodzie)

Zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Katetyzacja trąbki słuchowej
- Płukanie ucha
- Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha
- Proste opatrunki laryngologiczne
- Koagulacja naczyń przegrody nosa
- Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa
- Usunięcie tamponady nosa
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – dwie strony
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa – jedna strona
- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza
- Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- Założenie / zmiana / usunięcie śączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym

Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- Usunięcie ciała obcego z oka
- Badanie ostrości widzenia
- Standardowe* badanie autorefraktometrem
- Podanie leku do worka spojówkowego
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- Płukanie kanalików łzowych (dot. Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.)

Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy

Znieczulenia

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne

Uwaga: Materiały i środki medyczne, takie jak: opatrunki, bandaże, venflon, strzykawki, waciki, plastry, igły, surowica – antytoksyna tężcowa, środki dezynfekujące, szwy i nici chirurgiczne, użyte do ww. zabiegów, są bezpłatne. Za pozostałe materiały i środki medyczne zużyte do ww. zabiegów, od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Usługa jest dostępna dla Ubezpieczonych, którzy ukończyli 18 r.ż. i jest realizowana wyłącznie w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Usługa obejmuje **jednorazowe wykonanie bez skierowania** Lekarza (w ciągu 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia), panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

- Mocz – badanie ogólne
- Cholesterol całkowity
- Standardowa* cytologia szyjki macicy (dostępna dla Ubezpieczonych już od 16 r.ż.)
- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- Glukoza na czczo

Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa wariant podstawowy

Usługa obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Liczba realizowanych badań nie jest limitowana. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach usługi wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez Lekarzy Placówek medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego prowadzonego ww. placówkach.

Diagnostyka laboratoryjna:

Badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB / ESR
- INR / Czas protrombinowy
- APTT

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

- Transaminaza GPT / ALT
- Transaminaza GOT / AST
- Bilirubina całkowita
- Chlorki / Cl
- Cholesterol całkowity
- Test obciążenia glukozą (4 pkt, 75 g, 0, 1, 2, 3 h)
- Glukoza na czczo
- Glukoza 120' po jedzeniu
- Glukoza 60' po jedzeniu
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 4 godzinach
- Glukoza test obciążenia 75 g glukozy po 5 godzinach
- Kreatynina
- Mocznik / Azot Mocznikowy/ BUN
- Potas / K
- Sód / Na
- Żelazo / Fe
- Żelazo / Fe 120 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 180 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 240 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 300 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- Żelazo / Fe 60 min po obciążeniu (krzywa wchłaniania)
- TSH / hTSH
- PSA całkowite

Badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

- Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR
- HBs Ag / antygen

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

- Mocz – badanie ogólne

Badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (usługa nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):

- Posiew moczu
- Kał posiew ogólny

Badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:

- Kał badanie ogólne

Badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:

- Standardowa* cytologia szyjki macicy

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

- Cholesterol badanie paskowe
- Glukoza badanie glukometrem
- Troponina – badanie paskowe

Diagnostyka obrazowa:

Badania elektrokardiograficzne:

- Badanie EKG – spoczynkowe

Badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej Placówce medycznej):

- RTG czaszki oczodoły
- RTG oczodoły + boczne (2 projekcje)
- RTG czaszki PA + bok
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG mostka AP
- RTG mostka / boczne klatki piersiowej

Badania ultrasonograficzne:

- USG jamy brzusznej

Inne badania diagnostyczne:

- Spirometria bez leku
- Audiometr standardowy*

Uwaga: W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu usług określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu usług, to usługi wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej Placówce medycznej. O ile nie zaznaczono inaczej usługa: nie obejmuje testów paskowych a diagnostyka obrazowa w zakresie USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji.

* Standardowe – powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie RP