WARUNKI UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH ABONAMENTU MEDYCZNEGO

ZDROWIE

DEFINICJE

§ 1

Użyte w Umowie określenia oznaczają:

1) **Członek rodziny** – osoba fizyczna: (i) pozostająca ze Zleceniodawcą we wspólnym gospodarstwie domowym i będąca jego małżonkiem lub partnerem życiowym lub (ii) dziecko Zleceniodawcy, jego małżonka lub partnera życiowego w wieku do ukończenia 18 lat, a w razie uczęszczania do szkoły w wieku do ukończenia 25 lat;
2) **Oświadczenie o Objęciu Opieką Abonamentową** – oświadczenie Pacjenta o treści i formie wymaganej przez Zleceniobiorcę, składane drogą elektroniczną przy zawarciu Umowy;
3) **Pacjent** – Zleceniodawca lub Członek rodziny uprawniony do korzystania ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Zleceniobiorcę w ramach Umowy;
4) **Pakiet** – wybrany przez Zleceniodawcę pakiet obejmujący Zleceniodawcę lub Zleceniodawcę i Członków rodziny, wskazany w **Załączniku 1** do Umowy;
5) **Zakresy** – dostępne u Zleceniobiorcy zakresy obejmujące świadczenia zdrowotne wskazane szczegółowo w **Załączniku 2** do Umowy.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 2

1. Zleceniodawca zleca Zleceniobiorcy udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach wybranego przez Zleceniodawcę Zakresu na warunkach określonych w Umowie na rzecz Zleceniodawcy lub/oraz wskazanych przez Zleceniodawcę Pacjentów, którzy złożyli Oświadczenie o Objęciu Opieką Abonamentową o treści i w sposób wymagany przez Zleceniobiorcę.
2. Zleceniobiorca udzielać będzie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Zakresem i na warunkach opisanych w **Załączniku 2** oraz **Załączniku 4** do Umowy, przy czym Członkowie rodziny Zleceniodawcy zostaną objęci tym samym Zakresem, co Zleceniodawca.

OBOWIĄZKI ZLECENIOBIORCY

§ 3

Zleceniobiorca zobowiązuje się do:

1) udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjentów z należytą starannością, zgodnie z wymogami przepisów prawa oraz zasadami wiedzy medycznej, etyki i deontologii lekarskiej;
2) zapewnienia, że świadczenia zdrowotne udzielane będą przez personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach.

OBOWIĄZKI ZLECENIODAWCY

§ 4

Zleceniodawca zobowiązuje się do:

1) terminowego dokonywania opłat zgodnie z Umową;
2) aktualizacji danych Pacjentów zgłoszonych w ramach Umowy niezwłocznie po zaistnieniu zmiany;
3) przekazania innych dokumentów niezbędnych do prawidłowego wykonania Umowy – na życzenie Zleceniobiorcy;
4) zapewnienia, że Członkowie rodziny Zleceniodawcy złożą Oświadczenia o Objęciu Opieką Abonamentową o treści i w sposób wymagany przez Zleceniobiorcę, przy czym oświadczenia osób pełnoletnich powinny być złożone przez każdego Pacjenta osobiście, zaś za osobę niepełnoletnią oświadczenie złoży przedstawiciel ustawowy Pacjenta.

ZASADY UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

§ 5

1. Zleceniobiorca może wykonywać świadczenia zdrowotne samodzielnie lub zlecić ich wykonywanie podmiotom współpracującym, w szczególności dotyczy to świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu badań diagnostycznych lub specjalistycznych konsultacji. Zleceniobiorca zapewnia, że podmioty, o których mowa powyżej, będą spełniać wszelkie prawne wymogi do udzielania zleconych im świadczeń zdrowotnych.
2. Za działania podmiotów współpracujących, o których mowa w ust. 1, Zleceniobiorca odpowiada jak za działania własne.
3. Szczegółowe zasady udzielania świadczeń zdrowotnych określa Regulamin udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiący **Załącznik 4** do Umowy.

PŁATNOŚCI I ROZLICZENIA

§ 6

1. Opłata abonamentowa z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych oraz gotowości do ich udzielania została określona w **Załączniku 1** do Umowy.
2. Zleceniodawca zobowiązuje się wnieść pierwszą opłatę abonamentową z góry do 25. dnia miesiąca

poprzedzającego dzień wskazany w § 8 ust. 1 Umowy, a kolejne opłaty abonamentowe – do 25. dnia miesiąca poprzedzającego następny miesiąc obsługowy.

3. Zleceniodawca będzie uiszczać opłaty abonamentowe przelewem bankowym na dedykowany, indywidualnie przypisany do Umowy Zleceniodawcy numer rachunku bankowego wskazany w **Załączniku 1** do Umowy.
4. Za dzień zapłaty opłaty abonamentowej Strony przyjmują dzień uznania rachunku bankowego Zleceniobiorcy.
5. Strony postanawiają, iż w przypadku, jeśli termin płatności opłaty abonamentowej przypada w sobotę, niedzielę, bądź dzień ustawowo wolny od pracy, termin zapłaty opłaty abonamentowej upływa w ostatnim dniu roboczym poprzedzającym termin płatności.
6. W przypadku niewniesienia w terminie wskazanym w ust. 2 należnej za dany okres opłaty abonamentowej, Umowa ulega automatycznemu rozwiązaniu z końcem miesiąca, za który Zleceniodawca dokonał zapłaty ostatniej należnej opłaty abonamentowej. Ponowne zawarcie umowy może nastąpić po 12 miesiącach od rozwiązania Umowy w tym trybie, jeżeli Zleceniobiorca wyrazi zgodę.
7. Opłata abonamentowa będzie płatna za dany okres z góry. Zleceniobiorca wystawi faktury VAT w formacie pdf i doręczy je Zleceniodawcy pocztą elektroniczną na adres e-mail wskazany przez Zleceniodawcę.
8. Zleceniobiorca zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości opłaty abonamentowej określonej w **Załączniku 1** do Umowy w okresie obowiązywania Umowy, o dodatni wskaźnik publikowany na oficjalnej stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego w Polsce, przy wykorzystaniu wyższej wartości spośród dwóch wskaźników: rocznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w sektorze Zdrowie, albo rocznego wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw. Pierwsza indeksacja może nastąpić nie wcześniej niż po 12 miesiącach obowiązywania Umowy, liczonych od daty rozpoczęcia udzielania Świadczeń wskazanej w **Załączniku 1** do Umowy. Kolejne zmiany opłaty abonamentowej o wskaźnik indeksacji, mogą następować nie częściej niż co 12 miesięcy. Opłata abonamentowa w zindeksowanej wysokości jest należna od miesiąca następującego po miesiącu, w którym Zleceniobiorca przekazał Zleceniodawcy informację o zindeksowanej wysokości opłaty abonamentowej w formie pisemnej lub dokumentowej (e-mail).

OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

§ 7

1. Zleceniobiorca oświadcza, że jako podmiot wykonujący działalność leczniczą, będzie przetwarzał dane osobowe w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, dokonywania rozliczeń z tego tytułu oraz prowadzenia, przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej, na podstawie przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
2. Zleceniobiorca oświadcza, że przetwarza dane osobowe Pacjentów w celu realizacji prawnie uzasadnionych interesów Zleceniobiorcy oraz Pacjentów, polegających na umożliwieniu korzystania ze świadczeń zdrowotnych oraz dokonywaniu rozliczeń z tego tytułu.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 8

1. Umowa wchodzi w życie z dniem zawarcia. Udzielanie świadczeń zdrowotnych rozpocznie się od dnia wskazanego w **Załączniku 1**, przy czym warunkiem rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych przez Zleceniobiorcę jest dokonanie przez Zleceniodawcę płatności pierwszej opłaty abonamentowej zgodnie z § 6 ust. 2 Umowy.
2. Umowa zostaje zawarta na okres wskazany w **Załączniku 1** do umowy, z zastrzeżeniem § 6 ust. 6 Umowy.
3. W przypadku gdy Umowa jest zawierana na rzecz Członków rodziny przez pracownika Orange Polska SA objętego abonamentem medycznym u pracodawcy, Umowa ulega automatycznemu rozwiązaniu na skutek:
   a) wykreślenia Zleceniodawcy z Listy Osób Uprawnionych przekazywanej przez Orange Polska SA do Zleceniobiorcy na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych pomiędzy Orange Polska SA i Zleceniobiorcą. Rozwiązanie Umowy następuje z ostatnim dniem miesiąca następującego po miesiącu, w którym Zleceniodawca został wykreślony z Listy Osób Uprawnionych przez Orange Polska SA,
   b) zawarcia Umowy w sytuacji, gdy Zleceniodawca nie był umieszczony na Liście Osób Uprawnionych przekazywanej przez Orange Polska SA do Zleceniobiorcy na podstawie umowy o świadczenie usług medycznych pomiędzy Orange Polska SA i Zleceniobiorcą. Rozwiązanie Umowy następuje w trybie natychmiastowym.
   Zleceniobiorca dokona zwrotu Opłaty abonamentowej na rzecz Zleceniodawcy przy użyciu tego samego sposobu płatności, jaki został użyty przez Zleceniodawcę w pierwotnej transakcji.
   Zwrot nie przysługuje Zleceniodawcy w przypadku, gdy od zawarcia Umowy udzielona mu została jakiekolwiek usługa medyczna objęta Umową lub Zleceniodawca umówił się na usługę medyczną, której nie zrealizował w wybranym terminie z przyczyn innych niż leżące po stronie Zleceniobiorcy.
4. Zleceniobiorca może wypowiedzieć umowę ze skutkiem natychmiastowym w przypadku gdy Umowa z Orange Polska SA ulegnie rozwiązaniu.
5. Każda ze Stron może rozwiązać Umowę:
   a) z ważnych powodów z zachowaniem 1-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego,
   b) ze skutkiem natychmiastowym w przypadku rażącego naruszenia postanowień Umowy przez drugą Stronę.
6. Za ważny powód uprawniający do wypowiedzenia Umowy przez Zleceniodawcę Strony uznają trwałą niemożność korzystania ze świadczeń zdrowotnych przez Zleceniodawcę lub Członka rodziny na skutek zdarzeń losowych.
7. Za ważny powód uprawniający do wypowiedzeniaUmowy przez Zleceniobiorcę Strony uznają m.in. brak płatności w terminie wskazanym w § 6 ust.2 Umowy.
8. Oświadczenie o wypowiedzeniu lub rozwiązaniu Umowy należy złożyć w formie pisemnej przesyłką pocztową lub kurierską albo pocztą elektroniczną przesłaną na adres drugiej Strony wskazany w Umowie. Oświadczenie uważa się za doręczone w dniu, w którym doszło do drugiej Strony w taki sposób, że Strona mogła się zapoznać

z jego treścią (forma pisemna) lub gdy wprowadzono je do środka komunikacji elektronicznej w taki sposób, że druga Strona mogła zapoznać się z jego treścią (forma elektroniczna).

9. Ponowne przystąpienie do abonamentu na warunkach określonych w niniejszej Umowie, w przypadku wypowiedzenia przez Zleceniodawcę niniejszej Umowy jest możliwe nie wcześniej niż po 12 miesiącach od dnia rozwiązania niniejszej Umowy.
10. W ciągu 14 dni od dnia zawarcia Umowy, Zleceniodawca może odstąpić od Umowy bez podania przyczyny. W celu skorzystania z prawa odstąpienia od Umowy, Zleceniodawca powinien przed upływem terminu odstąpienia wysłać pisemną rezygnację (decyduje data stempla pocztowego na przesyłce/data nadania), na adres:
    PZU Zdrowie – Zespół Procesów Obsługi
    rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
    z dopiskiem „Rezygnacja z abonamentu medycznego".
    lub elektronicznie na adres: umowyIND@pzu.pl
    Wzór formularza odstąpienia od Umowy stanowi **Załącznik 5** do Umowy.
11. W przypadku gdy Zleceniodawca dokonał odstąpienia od Umowy, o którym mowa w ust. 10 powyżej Zleceniobiorca dokonuje zwrotu uiszczonej opłaty abonamentowej na rzecz Zleceniodawcy, na wskazany przez niego rachunek bankowy, z zastrzeżeniem ust. 12 poniżej.
12. Świadczenie usług medycznych może się rozpocząć na wyraźne żądanie Zleceniodawcy przed upływem terminu do odstąpienia od umowy o świadczenie usług medycznych. Jeżeli Zleceniodawca wykonuje prawo odstąpienia od umowy o świadczenie usług medycznych po zgłoszeniu żądania, o którym mowa w zdaniu poprzednim, ma obowiązek zapłaty za świadczenia spełnione do chwili odstąpienia od umowy o świadczenie usług medycznych. W przypadku gdy Zleceniodawca dokonał odstąpienia od Umowy, o którym mowa w ust. 10 powyżej i przed upływem 14 dni od zawarcia Umowy Zleceniodawcy udzielona została jakakolwiek usługa medyczna objęta Pakietem medycznym lub Zleceniodawca umówił się na usługę medyczną, której nie zrealizował w wybranym terminie z przyczyn innych niż leżące po stronie Zleceniobiorcy, Zleceniobiorca dokonuje zwrotu uiszczonej opłaty abonamentowej pomniejszonej o kwotę usługi medycznej w wysokości ceny rozliczeniowej obowiązującej w placówce medycznej na dzień, w którym Zleceniodawca zrealizował lub miał zrealizować usługę medyczną w tej placówce medycznej.

POZOSTAŁE POSTANOWIENIA UMOWY

§ 9

1. Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
2. W sprawach nieuregulowanych Umową, zastosowanie mają przepisy prawa powszechnie obowiązującego.
3. Skargi, uwagi lub reklamacje związane z realizacją Umowy lub wynikające z Umowy należy kierować do Zleceniobiorcy na adres: reklamacjeOM@pzu.pl.
4. Odpowiedź na skargi, uwagi lub reklamacje jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania zgłoszenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi bądź zażalenia i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 4, Zleceniobiorca udzieli informacji, w której:
    a) zostanie wyjaśniona przyczyna opóźnienia,
    b) wskazane zostaną okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
    c) wskazany zostanie przewidywany termin rozpatrzenia skargi, uwagi lub reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania skargi, uwagi lub reklamacji.
6. Zleceniodawca upoważnia Zleceniobiorcę do przesyłania wszelkich oświadczeń i powiadomień, w tym dotyczących kwestii obsługowych takich jak przypomnienia o wizytach, przypomnienia o płatnościach itp. za pośrednictwem wiadomości e-mail na adresy e-mail wskazane przez Zleceniodawcę w Umowie lub za pośrednictwem krótkiej wiadomości tekstowej (SMS) na numery telefonów wskazane w Umowie.
7. Zmiana danych kontaktowych Stron (w tym adresu email i numeru telefonu Zleceniodawcy) nie wymaga aneksu do Umowy, a jedynie powiadomienia przesłanego drugiej Stronie w formie pisemnej lub pocztą elektroniczną. Adres e-mail Zleceniodawcy został wskazany przy zawarciu Umowy, adres e-mail Zleceniobiorcy: umowyIND@pzu.pl
8. Zmiana Regulaminu udzielania świadczeń zdrowotnych, stanowiącego **Załącznik 4** do Umowy nie wymaga aneksu do Umowy. W celu dokonania takiej zmiany Zleceniobiorca na 30 dni przed wejściem w życie zmiany Regulaminu prześle Zleceniodawcy informację o planowanej zmianie wraz z nową treścią Regulaminu pocztą elektroniczną na adres email Zleceniodawcy wskazany w Umowie. W przypadku gdy Zleceniodawca nie zgadza się na zmianę Regulaminu, w terminie 10 dni od otrzymania informacji o zmianie jest uprawniony do wypowiedzenia Umowy ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Wypowiedzenie powinno być złożone w sposób określony w § 9 ust. 7.
9. Z zastrzeżeniem ust. 5 i 6, zmiany Umowy dokonywane są aneksem zawieranym w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
10. Następujące załączniki do Umowy stanowią integralną część Umowy:
    Załącznik 1 – Pakiet/cena/indywidualny numer rachunku do wpłat, data rozpoczęcia udzielania świadczeń.
    Załącznik 2 – Zakres świadczeń zdrowotnych.
    Załącznik 3 – Wykaz osób uprawnionych do opieki abonamentowej.
    Załącznik 4 – Regulamin udzielania świadczeń zdrowotnych.
    Załącznik 5 – Formularz odstąpienia od Umowy.

Zleceniodawca oświadcza, że zapoznał się i akceptuje treść powyższych załączników do Umowy.

ZAŁĄCZNIK NR 1
DO UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH ABONAMENTU MEDYCZNEGO

ZDROWIE

I. RODZAJ WYBRANEGO PAKIETU

Pakiet: _____

II. WYSOKOŚĆ MIESIĘCZNEJ OPŁATY ZA PAKIET

_____

III. PŁATNOŚCI I ROZLICZENIA

Opłatę abonamentową należy uiścić przelewem na rachunek bankowy PZU Zdrowie SA

o numerze: _____

prowadzony przez Bank Millennium S.A.

W tytule przelewu proszę podać nr umowy _____

Dane odbiorcy: PZU Zdrowie SA; 00-843 Warszawa, rondo Ignacego Daszyńskiego 4.

Opłatę należy dokonywać w wysokości opłaty miesięcznej wskazanej w **punkcie II** zgodnie z terminami określonymi w § 6 Umowy.

Decyduje data uznania opłaty na rachunku bankowym PZU Zdrowie.

IV. OKRES UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Od _____ Do _____

PZUZDR 2062/3

ZAŁĄCZNIK NR 2
DO UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH ABONAMENTU MEDYCZNEGO

ZDROWIE

OPIEKA MEDYCZNA PZU ZDROWIE

Opieka Medyczna PZU dla **Orange Polska SA**

Rezerwacja świadczeń medycznych

Całodobowo, bez limitu

- Poprzez portal mojePZU, gdzie można dokonać rezerwacji wizyty lekarskiej lub badania.
- Za pośrednictwem infolinii PZU Zdrowie pod numerem 801 405 905, 799 698 698 lub 22 505 12 55 (opłata zgodna z taryfą operatora). Infolinia udziela również informacji o usługach realizowanych w poszczególnych placówkach medycznych oraz o zakresie terytorialnym wizyt domowych.

Serwis SMS

Bezpłatnie, bez limitu

Potwierdzenie terminu świadczeń za pośrednictwem SMS-a.

Recepta – kontynuacja leczenia

Recepta musi być wypisywana na lek przyjmowany na stałe (co wynika z indywidualnej historii choroby). Receptę można zamówić kontaktując się z placówką medyczną. Odbiór recepty odbywa się według zasad wskazanych przez placówkę. Lekarz może odmówić wystawienia recepty bez konsultacji lekarskiej jeżeli jest to uzasadnione względami medycznymi lub wynika z powszechnie obowiązujących regulacji prawnych. Recepta może zostać wydana osobie, która została wskazana przez uprawnionego do otrzymania recepty.

Konsultacje lekarskie

Porady lekarskie realizowane bez skierowania w sytuacjach chorobowych przez lekarzy udzielających świadczenia zdrowotne z zakresu danej specjalizacji wskazanych przez Świadczeniodawcę w godzinach pracy placówek medycznych oraz zgodnie z aktualnym harmonogramem pracy placówek.
Konsultacje specjalistyczne obejmują: wywiad, poradę lekarską wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia. Konsultacje specjalistyczne obejmują konsultacje profesorskie (lekarzy posiadających tytuł naukowy: doktor habilitowany, docent, profesor).
W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15. roku życia, dostęp do konsultacji lekarskich zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

Bezpłatnie, bez limitu

1. internista (lekarz chorób wewnętrznych)
2. lekarz rodzinny
3. pediatra
4. alergolog
5. chirurg ogólny
6. chirurg naczyniowy
7. dermatolog
8. diabetolog
9. endokrynolog
10. gastrolog
11. ginekolog
12. hematolog
13. kardiolog
14. nefrolog
15. neurochirurg
16. neurolog
17. okulista
18. onkolog
19. ortopeda
20. laryngolog
21. proktolog
22. pulmonolog
23. reumatolog
24. urolog
25. lekarz pomocy doraźnej internistycznej (internista, lekarz rodzinny)
26. lekarz pomocy doraźnej chirurgicznej
27. lekarz pomocy doraźnej ortopedycznej

Bezpłatnie, 5 razy w roku
Łączny limit na konsultacje telemedyczne i stacjonarne

- psychiatra
- psycholog

Bezpłatnie, 4 razy w roku
Łączny limit na konsultacje telemedyczne i stacjonarne

- seksuolog

Bezpłatnie, 4 wizyty w roku

- androlog

Usługi Telemedyczne

Konsultacje telemedyczne realizujemy bez skierowania. Odbywają się telefonicznie, przez czat lub video czat i obejmują:
- zebranie wywiadu chorobowego,
- postawienie diagnozy,
- zalecenia dotyczące sposobu leczenia,
- wystawienie e-recept, e-ZLA i e-skierowań związanych z dalszym postępowaniem diagnostyczno-leczniczym (oprócz skierowań na badania z zakresu diagnostyki: radiologicznej, obrazowej TK i NMR oraz endoskopowej).

Z konsultacji telemedycznych z zakresu chorób wewnętrznych (interny) można skorzystać codziennie przez całą dobę, z pediatrii codziennie od 6 do 24. Z pozostałych konsultacji telemedycznych można skorzystać codziennie od 7 do 22.

Jesteśmy dostępni także w dni ustawowo wolne od pracy. Przed rozpoczęciem konsultacji należy zaakceptować regulamin Dostawcy Telemedycznego.
Nie organizujemy i nie pokrywamy kosztów konsultacji lekarzy ze stopniem naukowym doktora, doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora.
W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dziecko do 15 roku życia, organizacja konsultacji telemedycznych zależy od ich dostępności.

Bezpłatnie, bez limitu

Usługa telemedyczna obejmuje konsultacje z:
- internistą
- pediatrą
- alergologiem
- chirurgiem ogólnym
- dermatologiem
- diabetologiem
- endokrynologiem
- gastrologiem
- ginekologiem
- hematologiem
- kardiologiem
- laryngologiem
- nefrologiem
- neurochirurgiem
- neurologiem
- okulistą
- onkologiem
- ortopedą
- pulmonologiem
- reumatologiem
- urologiem
- pielęgniarką
- pielęgniarką diabetologiczną
- położną

Bezpłatnie, 5 razy w roku
łączny limit na konsultacje telemedyczne i stacjonarne

- psychologiem
- psychiatrą

Zabiegi ambulatoryjne

Bezpłatnie, bez limitu

Zabiegi wykonywane w ramach porady lekarskiej przez lekarza lub pielęgniarkę, z zastrzeżeniem, że istnieje wskazanie medyczne i możliwość wykonania czynności w warunkach ambulatoryjnych w danej placówce bez szkody dla uprawnionego.

1. **Zabiegi pielęgniarskie**
   - pomiar ciśnienia
   - pomiar wzrostu i wagi ciała
   - iniekcje: domięśniowe, dożylne, podskórne
   - podłączenie wlewu kroplowego
   - pobranie krwi
   - podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej,
   - pomiar temperatury ciała,
   - zmiana/założenie – opatrunek mały
2. **Zabiegi ogólnolekarskie**
   - pobranie materiału do badań mikrobiologicznych
   - opatrzenie drobnych urazów (rany, skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)
   - usunięcie kleszcza
   - założenie i wymiana cewnika
3. **Zabiegi alergologiczne**
   - odczulanie (bez kosztu podawanych leków)
4. **Zabiegi chirurgiczne**
   - nacięcie ropnia
   - szycie rany
   - zdjęcie szwów
   - usunięcie kleszcza – chirurgiczne
   - usunięcie ciała obcego z powłok skórnych bez nacięcia
   - znieczulenie miejscowe
5. **Zabiegi ginekologiczne**
   - pobranie materiału do badania cytologicznego i mikrobiologicznego
6. **Zabiegi okulistyczne**
   - badanie dna oka
   - badanie ostrości widzenia
   - badanie pola widzenia
   - badanie widzenia przestrzennego
   - gonioskopia
   - iniekcja podspojówkowa
   - pomiar ciśnienia śródgałkowego
   - usunięcie ciała obcego z oka
   - dobór szkieł korekcyjnych
   - badanie autorefraktometrem
   - płukanie kanalików łzowych
   - podanie leku do worka spojówkowego
   - płukanie worka spojówkowego
7. **Zabiegi ortopedyczne**
   - opatrzenie drobnych urazów (skręcenia, zwichnięcia, nieskomplikowane złamania – bez kosztu stabilizatorów i gipsu)
   - dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego
   - nastawienie zwichnięcia lub złamania
   - założenie gipsu tradycyjnego z kosztem opaski
   - zdjęcie gipsu
   - blokada dostawowa i okołostawowa
   - punkcja dostawowa
   - wykonanie iniekcji dostawowej i okołostawowej
8. **Zabiegi otolaryngologiczne**
   - płukanie uszu
   - przedmuchiwanie trąbki słuchowej
   - usunięcie ciała obcego z ucha/nosa/gardła
   - postępowanie zachowawcze w krwawieniu z nosa
   - opatrunek uszny z lekiem
   - paracenteza (przebicie błony bębenkowej)
   - koagulacja naczyń przegrody nosa
   - elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa
   - założenie/zmiana przedniej tamponady nosa
   - założenie, zmiana, usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym
   - laryngoskopia
   - usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonanych w Placówkach Własnych PZU Zdrowie
   - usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonanych poza Placówkami Własnymi PZU Zdrowie – kwalifikacja przypadku po ocenie lekarza

Bezpłatnie, 4 razy w roku

9. **Zabiegi dermatologiczne**
   - dermatoskopia
   - wideodermatoskopia

Diagnostyka laboratoryjna

Bezpłatnie, bez limitu

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

1. **Badania hematologiczne i układu krzepnięcia**
   - czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)
   - czas protrombinowy (PT/INR)
   - czas trombinowy (TT)
   - D-Dimery
   - fibrynogen (FIBR)
   - morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów
   - morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
   - morfologia + płytki + rozmaz automatyczny z rozmazem ręcznym
   - morfologia krwi bez rozmazu
   - OB/ESR
   - leukocyty
   - płytki krwi
   - retikulocyty
   - eozynofilia bezwzględna w rozmazie krwi
2. **Badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe:**
   - CRP – test paskowy
   - CRP ilościowo
   - transaminaza GPT / ALT
   - transaminaza GOT / AST
   - amylaza/amylase
   - albumin/albuminy
   - białko całkowite/Total Protein
   - bilirubina całkowita/Total Bilirubin
   - bilirubina bezpośrednia/D.Bilirubin
   - chlorki/Cl
   - adrenalina
   - cholesterol
   - cholesterol badanie paskowe
   - HDL cholesterol
   - LDL cholesterol
   - LDL cholesterol oznaczany bezpośrednio
   - CK (kinaza kreatynowa)
   - LDH – dehydrogen. mlecz.
   - fosfataza zasadowa/Alkaline Phosphatase
   - fosfataza kwaśna
   - fosfor/P
   - GGTP
   - test obciążenia glukozą (4pkt, 75g, 0, 1, 2, 3h)
   - glukoza/Glucose na czczo
   - glukoza/Glucose badanie glukometrem
   - glukoza/Glucose 120' / 120' po jedzeniu
   - glukoza/Glucose 60' / 60' po jedzeniu
   - glukoza/Glucose test obciążenia 50 g. glukozy po 1 godzinie
   - glukoza/Glucose test obciążenia 50 g. glukozy po 2 godzinach
   - glukoza/Glucose test obciążenia 75 g. glukozy po 4 godzinach
   - glukoza/Glucose test obciążenia 75 g. glukozy po 5 godzinach
   - kreatynina/Creatinine
   - kwas moczowy/Uric acid
   - lipidogram (CHOL, HDL, LDL, TG)
   - magnez/Mg
   - mocznik/Azot Mocznikowy / BUN
   - potas/K
   - proteinogram
   - sód/Na
   - trójglicerydy/Triglicerides
   - wapń/Ca
   - żelazo/Fe
   - immunoglobulin IgE (IgE całkowite)
   - immunoglobulin IgA
   - immunoglobulin IgG
   - immunoglobulin IgM
   - kwas foliowy
   - witamina B12
   - Hb A1c – Hemoglobina glikowana
   - insulina
   - witamina D3 – metabolit 25 OH
   - całkowita zdolność wiązania żelaza/TIBC
   - 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)
   - ferrytyna/Ferritin
   - ceruloplazmina
   - transferyna
   - troponina – badanie paskowe
   - tyreoglobulina/Thyroglobulin
   - apolipoproteina A1
   - lipaza
   - miedź
   - kortyzol/Cortisol po południu
   - kortyzol/Cortisol rano
   - prolaktyna/Prolactin 120' po obciążeniu MCP 1 tabl.
   - prolaktyna / Prolactin 30' po obciążeniu MCP 1 tabl.
   - prolaktyna / Prolactin 60' po obciążeniu MCP 1 tabl.
   - prolaktyna / Prolactin
   - TSH/hTSH
   - estradiol
   - FSH
   - T3 Wolne/Free – T3
   - T4 Wolne/Free – T4
   - Total Beta – hCG
   - LH
   - progesteron/Progesterone
   - testosteron/Testosterone
   - testosteron wolny
   - AFP – alfa – fetoproteina
   - PSA – wolna frakcja
   - PSA całkowite / Total PSA
   - CEA – antygen carcinoembrionalny

- CA 125
- CA 15.3 – antyg. raka sutka
- CA 19.9 – antyg. raka przewodu pokarmowego

3. **Badania serologiczne i diagnostyka infekcji:**
   - ASO ilościowo
   - ASO jakościowo
   - RF – CZYNNIK REUMATOIDALNY – ilościowo
   - Latex RF (RF jakościowo)
   - odczyn Waalera-Rosego
   - odczyn Coombsa (BTA)
   - grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe
   - p/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciała
   - HBs Ag / antygen
   - p/ciała a-mikrosomalne/ Anty TPO
   - p/ciała a-tyreoglobulinowe/Anty TG
   - CMV IgG
   - CMV IgM
   - HBs Ab/przeciwciała
   - HCV Ab/przeciwciała
   - Helicobacter Pylori IgG ilościowo
   - HIV I/HIV II
   - EBV/Mononukleoza – lateks
   - EBV / Mononukleoza IgG
   - EBV / Mononukleoza IgM
   - Borelioza – przeciwciała całkowite
   - Borelioza IgG – przeciwciała
   - Borelioza IgG – przeciwciała – met. Western-Blot (test potwierdzenia)
   - Borelioza IgM – przeciwciała
   - Borelioza IgM przeciwciała – met. Western-Blot (test potwierdzenia)
   - Różyczka IgG / Rubella IgG
   - Różyczka IgM / Rubella IgM
   - Toksoplazmoza IgG / Toxoplasmosis IgG
   - Toksoplazmoza IgM / Toxoplasmosis IgM
   - P/ciała p/chlamydia trachomatis IgA
   - P/ciała p/chlamydia trachomatis IgG
   - P/ciała p/chlamydia trachomatis IgM
   - HBc Ab IgM
   - Serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP) dawniej WR
4. **Badania bakteriologiczne i mykologiczne:**
   - posiew moczu
   - kał posiew ogólny
   - wymaz z gardła posiew tlenowy
   - wymaz z jamy ustnej – posiew tlenowy
   - wymaz z migdałka
   - wymaz z migdałka – posiew tlenowy
   - wymaz z ucha – posiew beztlenowy
   - wymaz z ucha – posiew tlenowy
   - wymaz z oka – posiew tlenowy
   - wymaz z nosa
   - wymaz z nosa – posiew tlenowy
   - wymaz z nosogardła posiew beztlenowy
   - wymaz z nosogardła posiew tlenowy
   - wymaz z odbytu posiew w kierunku pać. hem. z gr. B (GBS)
   - wymaz z pochwy posiew beztlenowy
   - wymaz z pochwy posiew tlenowy
   - wymaz z pochwy w kierunku GBS
   - posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
   - wymaz z rany
   - wymaz z rany posiew beztlenowy
   - kał posiew w kierunku SS
   - czystość pochwy (biocenoza pochwy)
   - posiew nasienia tlenowy
   - posiew plwociny
   - wymaz z kanału szyjki macicy
   - wymaz z kanału szyjki macicy posiew beztlenowy
   - posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
   - kał posiew w kier. E.coli patogenne u dzieci do lat 2
   - kał posiew w kierunku Yersinia enterocolitica
   - Helicobacter Pylori – antygen w kale
   - wymaz z cewki moczowej
   - wymaz z cewki moczowej posiew beztlenowy
   - antybiogram do posiewu z wymazu gardła, oka, nosa i plwociny
   - antybiogram do posiewu (materiał różny)
   - badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokieć nogi
   - badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokieć ręki
   - badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów włosy
   - badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów wymaz ze skóry
   - badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeskrobiny skórne
   - badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeskrobiny z paznokcia – ręka
   - badanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów zeskrobiny z paznokcia – noga
   - kał posiew w kierunku grzybów drożdż.
   - posiew moczu w kierunku grzybów drożdż.
   - posiew plwociny w kierunku grzybów drożdż.
   - posiew treści ropnia w kierunku grzybów drożdż.
   - posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wydzielina
   - posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych wymaz
   - wymaz z cewki moczowej posiew w kierunku grzybów drożdż.
   - wymaz z gardła posiew w kierunku grzybów drożdż.
   - wymaz z kanału szyjki macicy posiew w kierunku grzybów drożdż.
   - wymaz z migdałka posiew w kierunku grzybów drożdż.
   - wymaz z nosa posiew w kierunku grzybów drożdż.
   - wymaz z nosogardła posiew w kierunku grzybów drożdż.
   - wymaz z oka posiew w kierunku grzybów drożdż.
   - wymaz z pochwy posiew w kierunku grzybów drożdż.
   - wymaz z rany posiew w kierunku grzybów drożdż
   - wymaz z ucha posiew w kierunku grzybów drożdż
   - wymaz z jamy ustnej posiew w kierunku grzybów drożdż
5. **Badania moczu:**
   - mocz – badanie ogólne
   - kwas wanilinomigdałowy (VAM) w moczu
   - białko w moczu
   - białko całkowite / DZM
   - fosfor w moczu / P – urine
   - fosfor w moczu / P – urine / DZM
   - kreatynina w moczu / Creatinine – urine

- kreatynina w moczu / DZM
- kwas moczowy w moczu / DZM
- kwas moczowy w moczu / Uric acid – urine
- magnez / Mg w moczu
- magnez / Mg w moczu DZM
- mocznik / Azot Mocznikowy / BUN / w moczu DZM
- mocznik / Azot Mocznikowy / BUN w moczu
- sód / Na w moczu
- sód / Na w moczu / DZM
- wapń w moczu / Ca – urine
- wapń w moczu / DZM
- kwas delta-aminolewulinowy (ALA)
- kwas delta-aminolewulinowy (ALA) w DZM
- glukoza w moczu
- potas / K w moczu
- potas / K w moczu / DZM
- katecholaminy (Noradrenalina, Adrenalina) w DZM
- kortyzol w DZM
- metoksykatecholaminy w DZM
- ołów / Pb w moczu
- miedź w moczu

6. **Badania kału:**
   - kał na pasożyty 1 próba
   - krew utajona w kale / F.O.B.
   - kał na Rota i Adenowirusy
   - kał na Lamblie ELISA
   - kał badanie ogólne
7. **Badania toksykologiczne (krew):**
   - digoksyna
   - ołów
8. **Badania autoimmunologiczne (krew):**
   - p.ciała przeciwjądrowe ANA1
   - p.ciała przeciwjądrowe ANA2ołów
   - przeciwciała p/ciwko cytoplazmie ANCA
9. **Badania inne:**
   - standardowa cytologia szyjki macicy
   - cytologia płynna z testem HPV
   - standardowa cytologiczne badanie błony śluzowej nosa
   - biopsja cienkoigłowa tarczycy
   - biopsja cienkoigłowa guzka piersi

Diagnostyka radiologiczna

Bezpłatnie, bez limitu

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza we wskazanych przez Świadczeniodawcę placówkach za pośrednictwem infolinii medycznej.

- RTG czaszki oczodoły
- RTG czaszki PA + bok
- RTG czaszki PA+bok+podstawa
- RTG czaszki podstawa
- RTG czaszki półosiowe wg Orleya
- RTG czaszki siodło tureckie
- RTG czaszki styczne
- RTG czaszki kanały nerwów czaszkowych
- RTG twarzoczaszki
- RTG jamy brzusznej inne
- RTG jamy brzusznej na leżąco
- RTG jamy brzusznej na stojąco
- RTG klatki piersiowej
- RTG klatki piersiowej – RTG tomograf
- RTG klatki piersiowej + bok
- RTG klatki piersiowej bok z barytem
- RTG klatki piersiowej inne
- RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
- RTG klatki piersiowej tarczycy, tchawicy
- RTG kości krzyżowej i guzicznej
- RTG nosa boczne
- RTG podudzia (goleni) AP + bok
- RTG podudzia (goleni) AP + bok obu
- RTG uda + podudzia
- RTG kości udowej AP + bok lewej
- RTG kości udowej AP + bok prawej
- RTG barku / ramienia – osiowe
- RTG barku / ramienia – osiowe obu
- RTG barku / ramienia AP + bok
- RTG barku / ramienia AP + bok obu – zdjęcie porównawcze
- RTG barku / ramienia AP
- RTG barku / ramienia AP obu – zdjęcie porównawcze
- RTG przedramienia AP + bok
- RTG przedramienia obu przedramion AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia AP + bok
- RTG łokcia / przedramienia obu AP + bok
- RTG kości skroniowych transorbitalne
- RTG kości skroniowych wg Schullera/ Steversa
- RTG piramid kości skroniowej transorbitalne
- RTG ręki bok
- RTG ręki PA
- RTG ręki PA obu
- RTG palec/palce PA + bok / skos
- RTG palec/palce PA + bok / skos obu rąk
- RTG kości łódeczkowatej
- RTG stopy AP + bok/skos
- RTG stopy AP + bok/skos obu
- RTG stóp AP (porównawczo)
- RTG kości śródstopia
- RTG palca/palców stopy AP + bok/skos
- RTG pięty + osiowe
- RTG pięty boczne
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa lędźwiowego bok
- RTG kręgosłupa lędźwiowo krzyżowego skosy
- RTG kręgosłupa lędźwiowo krzyżowego AP + bok
- RTG czynnościowe kręgosłupa lędźwiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok
- RTG kręgosłupa piersiowego AP + bok + skos
- RTG kręgosłupa piersiowego bok
- RTG kręgosłupa piersiowego skosy
- RTG kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa szyjnego AP + bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok
- RTG kręgosłupa szyjnego bok + skosy (3 projekcje)
- RTG kręgosłupa szyjnego skosy
- RTG czynnościowe kręgosłupa szyjnego
- RTG kręgosłupa szyjnego, piersiowego i lędźwiowego
- RTG kręgosłupa w pozycji stojącej
- RTG kręgosłupa AP na stojąco (skolioza)
- RTG kręgosłupa AP na stojąco + bok (skolioza)
- RTG łopatki

- RTG miednicy i stawów biodrowych
- RTG mostka AP
- RTG mostka/boczne klatki piersiowej
- RTG żuchwy
- RTG zatok przynosowych
- RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
- RTG nadgarstka boczne
- RTG nadgarstka boczne – obu
- RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos
- RTG nadgarstka/dłoni PA + bok/skos obu
- RTG obu nadgarstków/dłoni PA + bok/skos
- RTG rzepki osiowe obu
- RTG rzepki osiowe obu w 2 ustawieniach
- RTG rzepki osiowe obu w 3 ustawieniach
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – PA
- RTG stawów krzyżowo-biodrowych – skosy
- RTG stawu biodrowego AP
- RTG stawu biodrowego AP obu
- RTG stawu biodrowego osiowe
- RTG stawu kolanowego AP + bok
- RTG stawu kolanowego AP + bok obu
- RTG stawu kolanowego boczne
- RTG stawu łokciowego
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok
- RTG stawu skokowo-goleniowego AP + bok obu
- RTG czynnościowe stawów skroniowo żuchwowych
- RTG noso-gardła
- RTG barku (przez klatkę)
- RTG barku AP + osiowe
- RTG obojczyka

Diagnostyka ultrasonograficzna

Bezpłatnie, 20 razy w roku

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej. Nie obejmuje badań USG 4D i USG genetycznego.

- USG jamy brzusznej
- USG układu moczowego
- USG piersi
- USG tarczycy
- USG prostaty przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transvaginalne
- USG ciąży transvaginalne
- USG ciąży (bez USG genetycznego)
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG narządów moszny (jąder)
- USG ślinianek
- Echokardiografia – USG serca
- Echokardiografia – USG serca płodu
- USG transrektalne prostaty
- USG / doppler tętnic szyjnych i kręgowych
- USG / doppler tętnic kończyn dolnych
- USG / doppler tętnic kończyn górnych
- USG / doppler żył kończyn dolnych
- USG / doppler żył kończyn górnych
- USG / doppler aorty brzusznej i tętnic biodrowych
- USG / doppler naczyń wątroby (ocena krążenia wrotnego)
- USG / doppler tętnic nerkowych
- USG / doppler tętnic wewnątrzczaszkowych
- USG stawów biodrowych
- USG stawów biodrowych + konsultacja ortopedyczna stawów biodrowych (do 1 roku życia)
- USG stawu kolanowego
- USG stawu łokciowego
- USG stawu skokowego
- USG stawu barkowego
- USG tkanki podskórnej (tłuszczaki, włókniaki etc.)
- USG krwiaka pourazowego mięśni
- USG węzłów chłonnych
- USG krtani
- USG nadgarstka
- USG więzadeł, mięśni, stawów inne
- USG stawów śródręcza i palców
- USG ścięgna Achillesa
- USG układu moczowego + TRUS
- USG przezciemiączkowe

Diagnostyka obrazowa

Bezpłatnie, 4 razy w roku

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z wyłączeniem angiorezonansu, angiotomografii, tomografii spiralnej, tomografii stożkowej, kolonoskopii TK wirtualnej, tomografii HRCT, tomografii 32-rzędowej i wyższej, enterografii MRI, badań: HRT, OCT, SL-OCT).

- TK – Tomografia komputerowa głowy
- TK – Tomografia komputerowa głowy (2 fazy)
- TK – Tomografia komputerowa twarzoczaszki
- TK – Tomografia komputerowa przysadki mózgowej
- TK – Tomografia komputerowa zatok
- TK – Tomografia komputerowa oczodołów
- TK – Tomografia komputerowa kości skroniowych
- TK – Tomografia komputerowa szyi
- TK – Tomografia komputerowa krtani
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej (2 fazy)
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej (2 fazy)
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej Trójfazowa
- TK – Tomografia komputerowa miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej i jamy brzusznej
- TK – Tomografia komputerowa klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego + krzyżowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + lędźwiowego

- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego + piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego + lędźwiowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu biodrowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu kolanowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu skokowego
- TK – Tomografia komputerowa nadgarstka
- TK – Tomografia komputerowa stawu barkowego
- TK – Tomografia komputerowa stawu łokciowego
- TK – Tomografia komputerowa stopy
- TK – Tomografia komputerowa uda
- TK – Tomografia komputerowa podudzia
- TK – Tomografia komputerowa ramienia
- TK – Tomografia komputerowa przedramienia
- TK – Tomografia komputerowa ręki
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy głowy
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy głowy
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy twarzoczaszki
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy jamy brzusznej i miednicy mniejszej
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy klatki piersiowej
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa lędźwiowego
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa lędźwiowego
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa piersiowego
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa piersiowego
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa szyjnego
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy kręgosłupa szyjnego
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kręgosłupa krzyżowego
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy oczodołów
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy zatok
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy przysadki
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przysadki
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu barkowego
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu barkowego
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu łokciowego
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu łokciowego
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu kolanowego
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu kolanowego
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy nadgarstka
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy nadgarstka
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu skokowego
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu skokowego
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stawu biodrowego
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawu biodrowego
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stawów krzyżowo-biodrowych
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy stopy
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy stopy
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny dolnej
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy podudzia
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy uda
- MR – Rezonans magnetyczny niskopolowy kończyny górnej
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy przedramienia
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ramienia
- MR – Rezonans magnetyczny wysokopolowy ręki
- urografia
- badanie uroflowmetryczne
- kontrast do badań obrazowych

Diagnostyka endoskopowa

Bezpłatnie, bez limitu

Diagnostyka realizowana zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej (z pobraniem materiału i oceną histopatologiczną w uzasadnionych medycznie przypadkach). Zakres obejmuje koszt znieczulenia ogólnego i miejscowego oraz badań wideo.

- gastroskopia/gastrofiberoskopia diagnostyczna (z możliwością wykonania testu ureazowego)
- sigmoidoskopia
- rektoskopia
- kolonoskopia
- anoskopia
- znieczulenie miejscowe (powierzchowne) do endoskopii
- znieczulenie „ogólne” do endoskopii
- pobranie wycinków endoskopowych
- badanie histopatologiczne

Badania czynnościowe

Bezpłatnie, bez limitu

Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

- badanie EKG – spoczynkowe
- próba wysiłkowa
- próba wysiłkowa EKG wysiłkowe na cykloergometrze
- założenie Holtera EKG w gabinecie

- założenie Holtera EKG z 12 odprowadzeniami
- założenie Holtera RR w gabinecie
- założenie Holtera EVENT
- densytometria kręgosłupa
- densytometria kości udowej
- audiometria tonalna
- audiometria impedancyjna (tympanogram)
- spirometria bez leku
- spirometria – próba rozkurczowa
- badanie histopatologiczne materiał z biopsji cienkoigłowej
- badanie histopatologiczne – badanie histopatologiczne materiału pobranego chirurgicznie oraz badanie materiału pobranego endoskopowo

Bezpłatnie, raz w roku

- mammografia
- mammografia – zdjęcie celowane

Prowadzenie ciąży

Bezpłatnie, bez limitu

Prowadzenie ciąży fizjologicznej obejmuje opiekę lekarza ginekologa, konsultacje i badania diagnostyczne oraz czynne poradnictwo w zakresie fizjologii przebiegu ciąży i porodu, zgodnie z zakresem świadczeń. Badania realizowane zgodnie ze wskazaniami medycznymi na podstawie skierowania od dowolnego lekarza w placówkach wskazanych przez Świadczeniodawcę za pośrednictwem infolinii medycznej.

- konsultacja ginekologa – prowadzenie ciąży
- CMV IgG
- CMV IgM
- glukoza/Glucose na czczo
- glukoza/Glucose test obciążenia 75 g. glukozy po 1 godzinie
- glukoza/Glucose test obciążenia 50 g. glukozy po 1 godzinie
- glukoza/Glucose test obciążenia 75 g. glukozy po 2 godzinach
- grupa krwi AB0, Rh, p/ciała przeglądowe
- estriol wolny
- HBs Ab/przeciwciała
- HBs Ag / antygen
- HCG-beta / free (wolna frakcja)
- HCV Ab / przeciwciała
- HIV I / HIV II
- p.ciała anty -HIV z antygenem p.24-test COMBO
- mocz – badanie ogólne
- morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- AFP – alfa – fetoproteina
- p/ciała odpornościowe przeglądowe / alloprzeciwciała
- Różyczka IgG / Rubella IgG
- Różyczka IgM / Rubella IgM
- serologia kiły podstawowa (VDRL lub USR lub anty TP)
- standardowa cytologia szyjki macicy
- białko PAPP-A
- Toksoplazmoza IgG / Toxoplasmosis IgG
- Toksoplazmoza IgM / Toxoplasmosis IgM
- total Beta – hCG
- wymaz z kanału szyjki macicy w kierunku GC
- wymaz z odbytu posiew w kierunku pać. hem. z gr. B (GBS)
- wymaz z pochwy w kierunku GBS
- wymaz z pochwy w kierunku GC
- posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z pochwy
- posiew w kierunku GC (GNC) wymaz z kanału szyjki macicy
- USG ciąży
- USG ciąży transvaginalne
- USG ginekologiczne przez powłoki brzuszne
- USG ginekologiczne transvaginalne

Szczepienia ochronne

Usługa obejmuje konsultację kwalifikującą do szczepienia, iniekcję oraz koszt szczepionki.

Bezpłatnie, raz w roku

- szczepienie przeciwko grypie sezonowej

Bezpłatnie, bez limitu

- anatoksyna przeciw tężcowi
- szczepienie przeciw odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowych i mózgu

Skórne testy alergologiczne

Bezpłatnie, bez limitu

Usługa obejmuje wykonanie testów alergicznych metodą nakłuć wykonywane na zlecenie lekarza. Preparat do testów alergicznych uwzględniony jest w usłudze.

- testy alergiczne skórne 1 punkt
- testy alergiczne skórne panel pokarmowy
- testy alergiczne skórne panel wziewny

Rehabilitacja ambulatoryjna

Bezpłatnie, 30 zabiegów w roku

1. **Zabiegi kinezoterapii**
   - ćwiczenia bierne
   - ćwiczenia czynne w odciążeniu
   - ćwiczenia czynne wolne
   - ćwiczenia czynne z oporem
   - ćwiczenia ogólnousprawniające
   - wyciągi
2. **Zabiegi fizykoterapii**
   - prądy TENS
   - magnetoterapia
   - laseroterapia punktowa

Rehabilitacja ambulatoryjna

Bezpłatnie, 10 zabiegów w roku

- ultradźwięki
- krioterapia miejscowa

Profilaktyka bez skierowania

Bezpłatnie, raz w roku

Raz w roku kalendarzowym badania bez konieczności skierowania lekarza. Usługa jest dostępna w placówkach PZU Zdrowie i obejmuje następujące badania:

- mocz – badanie ogólne
- morfologia + płytki + rozmaz automatyczny
- OB./ESR.
- cholesterol całkowity
- glukoza / Glucose na czczo
- standardowa cytologia szyjki macicy (ginekologiczna)

Zniżki

15% zniżki

Na usługi nie objęte zakresem, realizowane w placówkach własnych PZU Zdrowie, przysługuje 15% zniżki.
Zniżki realizowane w stosunku do ceny usługi obowiązującej w placówce.

ZAŁĄCZNIK NR 3
DO UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH ABONAMENTU MEDYCZNEGO

ZDROWIE

DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH OPIEKI ABONAMENTOWEJ

Nazwisko

Imię

Płeć Obywatelstwo

PESEL Data urodzenia

Adres korespondencyjny/dane kontaktowe:

Ulica

Nr domu Numer mieszkania Kod pocztowy

Miejscowość

Adres e-mail Telefon kontaktowy

Rola/Stopień pokrewieństwa:

Pakiet:

KLAUZULE I OŚWIADCZENIA:

☐* Wyrażam zgodę na udzielanie mi świadczeń zdrowotnych w ramach Umowy Abonamentu Medycznego zawartej ze spółką PZU Zdrowie S.A. na warunkach wskazanych w tej umowie, w tym na uzyskanie dostępu do mojej dokumentacji medycznej przez PZU Zdrowie S.A.

☐* Akceptuję warunki świadczenia usług medycznych opisanych w Regulaminie udzielania świadczeń zdrowotnych.

☐* Potwierdzam, że wiadome mi jest, że z chwilą udostępnienia moich danych osobowych PZU Zdrowie, moje dane osobowe będą przetwarzane na zasadach określonych w klauzuli informacyjnej.

☐* Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z umową abonamentu medycznego PZU Zdrowie, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres poczty elektronicznej. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem ww. środków komunikacji elektronicznej.

KLAUZULA INFORMACYJNA

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie, rondo Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, (dalej: „PZU Zdrowie"). W PZU Zdrowie powołany jest inspektor ochrony danych, do którego można kierować zapytania na adres e-mail: IODzdrowie@pzu.pl.
2. Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez PZU Zdrowie w następujących celach i na następujących podstawach prawnych:
   1) objęcia opieką zdrowotną w ramach abonamentu medycznego – na podstawie art. 6 ust. 1 lit a w związku z art. 9 ust. 1 lit. h rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016 r., s. 1) (dalej: „RODO");
   2) zapewnienia możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach abonamentu, a także w celach rezerwacji, potwierdzania i odwoływania konsultacji lekarskich lub badań diagnostycznych, informowania Pani/Pana o zarezerwowanych konsultacjach lekarskich lub badaniach diagnostycznych, o wynikach lub innych sprawach związanych z udzielanymi lub planowanymi świadczeniami zdrowotnymi – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
   3) weryfikacji Pani/Pana tożsamości przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego oraz prowadzenia, udostępniania i przechowywania dokumentacji medycznej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO i art. 24 ust. 1 i n. ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Prawa Pacjenta (Dz. U. z 2017 poz. 1318 i 1524);
   4) dokonywania rozliczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i dochodzeniem roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO;
   5) prowadzenia ksiąg rachunkowych – na podstawie art.6 ust. 1 lit. c RODO w związku z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2018 r. poz. 395).
3. Przetwarzanie danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 1 i 3 jest niezbędne dla realizacji przez PZU Zdrowie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach abonamentu medycznego i dochodzenia związanych z nią roszczeń, a także dla realizacji interesów Pani/Pana pracodawcy/zleceniodawcy związanych z zapewnieniem Pani/Panu dostępu do abonamentu medycznego.
4. Pani/Pana dane osobowe są lub mogą być przekazywane innym podmiotom udzielającym świadczeń zdrowotnych. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.
5. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane :
   1) w przypadku przetwarzania danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 2 - przez okres wymagany przepisami ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, tj. przez 20 lat, zgodnie z art. 29 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w ustawie (art. 29 ust. 1 pkt 1a, 2, 3 i 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta);
   2) w przypadku przetwarzania danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 1 i 3 – do upływu okresu przedawnienia roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej;
   3) w przypadku przetwarzania danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt 4 – przez okres wymagany przepisami ustawy o rachunkowości.
6. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych do organu nadzorczego. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji wywołujących wobec Pani/Pana skutki prawne.
7. Podanie danych osobowych w przypadkach, o których mowa w pkt 2 ppkt 1 jest dobrowolne. W przypadkach, o których mowa w pkt 2 ppkt 2, obowiązek podania danych wynika ze wskazanych tam przepisów prawa. Niepodanie przez Panią/Pana danych będzie skutkowało brakiem możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych objętych umową abonamentu medycznego.

ZAŁĄCZNIK NR 4
DO UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH ABONAMENTU MEDYCZNEGO

ZDROWIE

REGULAMIN UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

I. OGÓLNE WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

1. Warunkiem udzielenia świadczenia zdrowotnego w ramach Umowy jest uprzednie uzgodnienie terminu za pośrednictwem:
- serwisu mojePZU, po uprzednim założeniu konta,
- aplikacji mobilnej #mojePZU, po uprzednim założeniu konta,
- całodobowej infolinii PZU Zdrowie (Zleceniobiorcy) pod numerem: 801 405 905, 22 505 15 48 lub 799 698 698 („Infolinia")[1].

2. Konto w serwisie mojePZU mogą założyć osoby pełnoletnie, po uprzednim przekazaniu do PZU Zdrowie adresu e-mail oraz numeru telefonu. Dane te są niezbędne do obsługi procesu rejestracji konta. W przypadku Pacjentów niepełnoletnich – umówienie na wizytę będzie możliwe poprzez konto osoby wskazanej, jako przedstawiciel ustawowy, w zakładce „Dziecko".

3. Serwis mojePZU dostępny jest pod adresem moje.pzu.pl.

4. Aplikacja mobilna #mojePZU na urządzenia mobilne dostępna jest do pobrania z Google Play lub App Store.

5. PZU Zdrowie umożliwia Pacjentowi dostęp do świadczeń zdrowotnych zgodnie z przypisanym Zakresem oraz we wskazanej przez PZU Zdrowie placówce medycznej, z zastrzeżeniem pkt. 11 poniżej.

6. Świadczenia zdrowotne udzielane są wyłącznie w placówkach należących do sieci PZU Zdrowie lub podmiotów współpracujących, których lista dostępna jest:
1) na stronie https://www.pzuzdrowie.pl/nasze-placowki?place=&origin=wszystkie
2) pod numerem Infolinii
3) w serwisie mojePZU.

7. Dostęp do konsultacji lekarzy pierwszego kontaktu oraz lekarzy specjalistów udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu danej specjalizacji nie wymaga posiadania przez Pacjentów skierowania, jeżeli dane Świadczenie przysługuje Pacjentowi w ramach przypisanego Zakresu.

8. Czas oczekiwania na realizację konsultacji lekarza rodzinnego, internisty i pediatry jest nie dłuższy niż 2 dni robocze (przez „dzień roboczy" należy rozumieć dzień, który nie jest sobotą, niedzielą lub dniem ustawowo wolnym od pracy) od dnia zgłoszenia takiej chęci.

9. Czas oczekiwania na realizację konsultacji specjalistycznych jest nie dłuższy niż 5 dni roboczych od dnia zgłoszenia takiej chęci.

10. Pacjentowi przysługuje prawo do określenia własnych preferencji dotyczących: lokalizacji placówki, terminu konsultacji lub lekarza. W przypadku realizacji preferencji Pacjenta nie obowiązują parametry dostępności określone w pkt. 8 i 9.

11. W przypadku gdy Pacjentem jest dziecko do 15. roku życia dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji.

12. Pacjent jest zobowiązany odwołać lub zmienić termin realizacji świadczenia zdrowotnego, na który dokonał rezerwacji, najpóźniej 24 godziny przed terminem jej realizacji. W braku takiego odwołania lub zmiany nieobecność Pacjenta podczas uzgodnionego terminu realizacji świadczenia zdrowotnego może skutkować obniżeniem przysługującego Pacjentowi limitu świadczeń zdrowotnych o liczbę umówionych i niezrealizowanych świadczeń, o ile zgodnie z danym Zakresem są one limitowane.

13. Wszelkie badania diagnostyczne i laboratoryjne oraz usługi rehabilitacyjne wykonywane są wyłącznie na podstawie skierowania od lekarza.

14. Wyniki badań diagnostycznych i laboratoryjnych wydawane mogą być jedynie bezpośrednio Pacjentowi lub osobie posiadającej odpowiednie upoważnienie do odbioru.

15. Wizyty domowe – porady lekarskie internisty lub lekarza rodzinnego albo pediatry udzielane w domu Pacjenta, konieczne z uwagi na stan zdrowia uniemożliwiający przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach należących do sieci PZU Zdrowie lub podmiotów współpracujących.

16. Wizyty domowe realizowane są w zakresie terytorialnym określonym przez PZU Zdrowie (informacja dostępna na Infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu zdrowotnego podczas połączenia z Infolinią.

17. Umową nie jest objęta realizacja Świadczeń udzielanych w związku z diagnozowaniem i leczeniem:
1) następstw używania narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych – w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii lub

[1] Koszt połączenia zgodny z posiadaną taryfą operatora

2) następstw używania alkoholu;
3) niepłodności zgodnie z rozpoznaniem w dokumentacji medycznej wg ICD-10 N.97 Niepłodność kobieca lub N.46 Niepłodność męska.

18. PZU Zdrowie lub podmiot współpracujący ma prawo odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego, jeżeli Pacjent, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, nie wymaga wykonania żądanego świadczenia zdrowotnego lub jego wykonanie mogłoby spowodować zagrożenie dla zdrowia lub życia Pacjenta.

19. Udzielanie świadczeń zdrowotnych nie obejmuje kosztów zakupu przez PZU Zdrowie lub Podmioty Współpracujące produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, w tym w szczególności: protez, implantów, soczewek, okularów, szkieł kontaktowych, urządzeń korygujących, rozruszników lub stymulatorów.

20. Do abonamentu w ramach Umowy mogą przystąpić osoby, które nie ukończyły 67 roku życia.

21. Jako siłę wyższą należy rozumieć zdarzenia nagłe, zewnętrzne, niemożliwe do przewidzenia, niezależne od Stron, któremu nie można zapobiec ani przeciwdziałać przy zachowaniu najwyżej zawodowej staranności, w szczególności ogłoszony stan zagrożenia epidemiologicznego, epidemii, pandemii, stan wyjątkowy, stan klęski żywiołowej.

II. ZASADY WYBORU ZAKRESU; PONOWNE PRZYSTĄPIENIE DO ABONAMENTU

1. Wybrany Zakres obowiązuje wszystkich zgłoszonych Pacjentów na podstawie danej Umowy.

2. Ponowne przystąpienie do abonamentu, w przypadku rezygnacji przez Pacjenta z abonamentu w trakcie trwania Umowy, jest możliwe po 12 miesiącach od rezygnacji.

III. INSTRUKCJA ZWROTU KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONANYCH POZA SIECIĄ PLACÓWEK MEDYCZNYCH ZLECENIOBIORCY I PODMIOTÓW WSPÓŁPRACUJĄCYCH

INFORMACJE PODSTAWOWE:

1. Pacjent ma prawo skorzystać ze świadczenia zdrowotnego poza siecią placówek medycznych Zleceniobiorcy i podmiotów współpracujących, jeżeli świadczenie zdrowotne przysługuje mu w ramach wybranego Zakresu oraz jeżeli Zakres przewiduje możliwość zwrotu kosztów za świadczenie zdrowotne wykonane poza siecią.

2. Pacjent nie ma prawa do zwrotu kosztów Świadczenia wykonanego poza siecią placówek medycznych Zleceniobiorcy i Podmiotów współpracujących w następujących przypadkach:
a) jeżeli zgodnie z Zakresem Pacjentowi przysługuje na to Świadczenie jedynie zniżka,
b) zwrot dotyczy Świadczenia przysługującego z limitem ilościowym, jeżeli został przekroczony limit Świadczeń na rok obowiązywania umowy zawartej pomiędzy Zleceniobiorcą a Zleceniodawcą

3. Wszystkie Świadczenia poza konsultacjami lekarskimi wykonywane są w oparciu o wskazania medyczne oraz na podstawie wystawionego przez lekarza skierowania oraz jeśli tak przewiduje Regulamin inną uprawnioną osobę.

4. Zwrot kosztów wykonanych Świadczeń następuje w kwocie wskazanej na fakturze/rachunku jednak nie wyższej niż określona dla danego Świadczenia w załączonym cenniku, który określa maksymalne limity kwotowe zwrotu kosztu.

5. Aktualny cennik refundacyjny znajduje się na stronie: https://www.pzuzdrowie.pl/uploads/Cennik_Refundacja_Orange_Polska.pdf

6. Zwrot kosztów wykonanych Świadczeń odbywa się na podstawie:
a) kompletnego i poprawnie złożonego zgłoszenia przez serwis mojePZU w zakładce moje refundacje lub
b) kompletnego i poprawnie wypełnionego „Formularza zgłoszeniowego zwrotu kosztów Świadczeń zdrowotnych" („Formularz zgłoszeniowy"), którego wzór załączono poniżej oraz
c) załączonego do Formularza zgłoszeniowego oryginału lub kopii poprawnie wystawionej faktury/rachunku za wykonane Świadczenia (która powinna zawierać m.in. cenę jednostkową, nazwę konkretnej procedury medycznej, np. wizyta internistyczna, USG jamy brzusznej etc.) oraz
d) załączonych do Formularza zgłoszeniowego kopii skierowania lekarskiego na Świadczenia wymagające skierowania, np. zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne, badania hormonalne, diagnostykę: radiologiczną, ultrasonograficzną, endoskopową, obrazową TK i NMR. Wyjątek stanowią skierowania na pozostałe badania z zakresu diagnostyki laboratoryjnej.

7. Formularz zgłoszeniowy wypełniany jest dla każdego z Pacjentów oddzielnie.

8. W przypadku, gdy wykonane świadczenie zdrowotne dotyczy niepełnoletniego (dziecka) Formularz zgłoszeniowy powinien być wypełniony i podpisany przez przedstawiciela ustawowego.

9. Formularz zgłoszeniowy jest udostępniany Pacjentom przez Zleceniodawcę. Każdy Pacjent może także wnioskować o przesłanie Formularza zgłoszeniowego w formie elektronicznej na wskazany przez siebie adres e-mail za pośrednictwem Infolinii Zleceniobiorcy. W przypadku występowania o zwrot poprzez serwis mojePZU, nie jest konieczne wypełnianie formularza. Niezbędne jest wówczas tylko wysłanie kopii faktury/rachunku i kopii pozostałych dokumentów.

10. Faktura/rachunek muszą zostać wystawione na osobę której zostało udzielone świadczenie zdrowotne. W przypadku udzielenia świadczenia zdrowotnego dla osoby niepełnoletniej faktura/rachunek musi zostać wystawiona na opiekuna prawnego. z adnotacją, kto skorzystał z usługi (dane dziecka: imię, nazwisko i PESEL lub data urodzenia). Ponadto powinny zawierać poniższe informacje:
a) nazwa wykonanego świadczenia zdrowotnego (nazwa zrealizowanej procedury medycznej),
b) ilość wykonanych świadczeń zdrowotnych (procedur medycznych) danego typu,
c) datę wykonania każdego świadczenia zdrowotnego,
d) cenę za każde wykonane świadczenie zdrowotne.

SPOSÓB PRZEKAZANIA FORMULARZA ZGŁOSZENIOWEGO:

1. Komplet dokumentów dotyczący wnioskowanego zwrotu kosztów świadczenia zdrowotnego zawiera:
   a) poprawnie wystawioną fakturę/rachunek – oryginał lub kopia,
   b) poprawnie wypełniony i podpisany Formularz zgłoszeniowy, z wypełnionymi polami oznaczonymi jako obowiązkowe,
   c) kopie skierowań na badania, o których mowa w pkt III ppkt 3.
2. Zgłoszenie wraz z załącznikami można przekazać:
   a) przez serwis mojePZU zakładając zgłoszenie w zakładce Moje refundacje,
   b) mailowo wysyłając skan lub zdjęcie faktury/rachunku wraz z formularzem na adres na adres: zwroty_refundacje@pzu.pl,
   c) listem poleconym lub inną formą posiadającą potwierdzenie nadania przesyłki (np. przesyłki kurierskiej) na adres: PZU, ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa, z dopiskiem „Refundacja".
3. Zleceniobiorca zastrzega, że w przypadku otrzymania niekompletnej dokumentacji lub niepoprawnie wypełnionej, Zleceniobiorca w terminie do 14 dni roboczych od otrzymania zgłoszenia odeśle zgłaszającemu Formularz zgłoszeniowy z informacją, w którym miejscu należy uzupełnić dane.
4. Zleceniobiorca w terminie do 30 dni od otrzymania kompletnego Formularza zgłoszeniowego poinformuje zgłaszającego o podjętej decyzji, zaś w przypadku decyzji odmownej wskaże podstawę odmowy.
5. W trakcie procesu rozpatrywania wniosku o zwrot kosztów, Zleceniobiorca ma prawo do weryfikacji zasadności wykonanych Świadczeń zgodnie z treścią Umowy. W tym celu Zleceniobiorca ma prawo do wystąpienia do placówek medycznych wykonujących zgłoszone świadczenia zdrowotne o przekazanie dokumentacji medycznej. O podjętym postępowaniu weryfikacyjnym Zleceniobiorca powiadomi zgłaszającego Pacjenta, a następnie po rozpatrzeniu dokumentacji medycznej podejmie decyzję o wypłacie lub odmowie wypłaty kwoty zwrotu, w terminie do 14 dni od otrzymania pełnej informacji niezbędnej do jej podjęcia.
6. Zleceniobiorca wypłaca kwotę na numer konta bankowego wskazanego w Formularzu zgłoszeniowym.
7. Pacjent ma prawo do zgłoszenia roszczenia w ciągu 3 lat od daty poniesienia kosztu (wskazanej w fakturze/rachunku daty sprzedaży/realizacji usługi). Zwrot kosztów należy jest według cennika obowiązującego na moment poniesienia kosztu (wskazanej w fakturze/rachunku daty sprzedaży/realizacji usługi), nie więcej jednak niż wykazano na fakturze/rachunku.

ZAŁĄCZNIK NR 5
DO UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH ABONAMENTU MEDYCZNEGO

ZDROWIE

PZU Zdrowie
rondo Ignacego Daszyńskiego 4
00-843 Warszawa

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY

(do wypełnienia i odesłania tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy)

Ja _____, niniejszym informuję o odstąpieniu od Umowy o świadczenie usług medycznych,

Pakiet _____, z dnia _____.
(rodzaj Pakietu)

Numer rachunku bankowego, na który ma być dokonany zwrot opłaty abonamentowej: _____

_____
podpis Zleceniodawcy

PZUZDR 2721