

Instrukcja zwrotu kosztów Świadczeń wykonanych poza siecią placówek medycznych Zleceniobiorcy i Podmiotów Współpracujących

Informacje podstawowe:

1. Pacjent ma prawo skorzystać ze Świadczenia poza siecią placówek medycznych Zleceniobiorcy i Podmiotów współpracujących, jeżeli Świadczenie to przysługuje mu w ramach wybranego Zakresu.
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 (pracodawcą),
 - c) zwrot dotyczy Świadczenia określonego w Dodatkach do Zakresu, chyba że inaczej stanowi Regulamin udzielania Świadczenia dla tego Dodatku do Zakresu.
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. Zwrot kosztów wykonanych Świadczeń odbywa się na podstawie:
 1. kompletnego i poprawnie złożonego zgłoszenia przez serwis mojePZU w zakładce moje refundacje lub
 2. kompletnego i poprawnie wypełnionego „Formularza zgłoszeniowego zwrotu kosztów Świadczeń zdrowotnych” („Formularz zgłoszeniowy”), którego wzór załączono poniżej oraz
 3. 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
 4. 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.
6. Formularz zgłoszeniowy wypełniany jest dla każdego z Pacjentów oddzielnie.
7. W przypadku, gdy wykonane Świadczenie dotyczy niepełnoletniego dziecka Formularz zgłoszeniowy powinien być wypełniony i podpisany przez przedstawiciela ustawowego.
8. Formularz zgłoszeniowy jest udostępniany Pacjentom przez Zleceniodawcę (pracodawcę). 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. Nie zbędne jest wówczas tylko wysłanie kopii faktury/rachunku i kopii pozostałych dokumentów.
9. Faktura/rachunek muszą zostać wystawione na osobę, której zostało udzielone Świadczenie. W przypadku udzielenia Świadczenia dla niepełnoletniego dziecka faktura/rachunek powinna 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:

1. nazwa wykonanego Świadczenia (nazwa zrealizowanej procedury medycznej),
2. ilość wykonanych Świadczeń procedur medycznych) danego typu,
3. datę wykonania każdego Świadczenia,
4. cenę za każde wykonane Świadczenie.

Sposób przekazania Formularza zgłoszeniowego:

1. Komplet dokumentów dotyczący wnioskowanego zwrotu kosztów Świadczenia zawiera:
 1. poprawnie wystawioną fakturę/rachunek – oryginał lub kopia,
 2. poprawnie wypełniony i podpisany Formularz zgłoszeniowy, z wypełnionymi polami oznaczonymi jako obowiązkowe,
 3. kopie skierowań na badania o których mowa w pkt 5.4,
2. Zgłoszenie wraz z załącznikami można przekazać:
 1. przez serwis mojePZU zakładając zgłoszenie w zakładce Moje refundacje ,
 2. mailowo wysyłając skan lub zdjęcie faktury/rachunku wraz z formularzem na adres na adres: zwroty_refundacje@pzu.pl,
 3. 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 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 należny jest według cennika obowiązującego na moment poniesienia kosztu (wskazanej w fakturze/rachunku daty sprzedaży/realizacji usługi), nie więcej jednak niż wykazano na fakturze/rachunku.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DOTYCZĄCY WYPŁATY ŚWIADCZENIA

I Dane pacjenta (dane pracownika Zleceniodawcy lub Członka rodziny pracownika, który skorzystał ze świadczeń dodatkowych udzielanych przez Zleceniobiorcę w ramach refundacji)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię*	Nazwisko*	PESEL*
Adres:		
<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nr domu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Poczta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer telefonu	E-mail	

II Czy pacjent jest osobą pełnoletnią?**

☐ TAK ☐ NIE

III Dane przedstawiciela ustawowego (jeśli świadczenie dodatkowe dotyczy osoby niepełnoletniej)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię*	Nazwisko*	PESEL*
Adres:		
<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nr domu
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Poczta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer telefonu	E-mail	

IV Świadczenia zgłoszone Koszty leczenia zgodne z załączonymi rachunkami/ fakturami, spis załączników:

L.p.	Nazwa wykonanego świadczenia	Data wystawienia rachunku/faktury	Numer rachunku/faktury	Cena świadczenia zdrowotnego
1				
2				
3				
4				

V Sposób wypłaty świadczenia Kwotę świadczenia proszę przesłać na rachunek

<input type="text"/>	
bankowy: Imię i nazwisko właściciela rachunku bankowego*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwa banku	Numer konta

VI Oświadczenia

- Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.
- W celu ustalenia odpowiedzialności z tytułu świadczeń zgłoszonych do zwrotu kosztów zgodnie z niniejszym formularzem upoważniam kierownictwo placówek ochrony zdrowia oraz lekarzy do udzielania osobom wskazanym przez PZU Zdrowie SA wszelkich informacji, w tym do przekazywania im kopii dokumentacji medycznej, dotyczących realizacji tych świadczeń.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie korespondencji dotyczącej zgłoszonego roszczenia drogą elektroniczną (na wskazany adres e-mail).

- -

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis osoby ubiegającej się o wypłatę świadczenia

VII Informacja Administratora danych osobowych dla występującego o zwrot kosztów świadczenia

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie, Rondo Ignacego 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.

[Przetwarzanie danych]

Pani/Pana dane osobowe są przetwarzane przez PZU Zdrowie w następujących celach i na następujących podstawach prawnych:

- rozpatrzenia wniosku o wypłatę refundacji – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy.
- 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 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”);
- 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)
- weryfikowania zasadności wypłaty refundacji – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe są lub mogą być przekazywane innym Podmiotom udzielającym Świadczeń zdrowotnych lub innym podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie PZU Zdrowie, przy czym podmioty takie przetwarzają te dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora. Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego, ani do organizacji pozarządowej.

[Okres przechowywania danych]

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących opłaty Świadczeń medycznych.

[Pani/Pana prawa]

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.

* pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia

** wniosek wypełnia pełnomocnik ustawowy/prawny opiekun osoby niepełnoletniej)

CENNIK USŁUG MEDYCZNYCH

Świadczenie		Wysokość świadczenia
OPIEKA PODSTAWOWA		
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:	chorób wewnętrznych (interny)	79 zł
	medycyny rodzinnej	79 zł
	pediatrii	79 zł
Konsultacje telemedyczne z zakresu:	chorób wewnętrznych (interny)	43 zł
	pediatrii	43 zł
OPIEKA SPECJALISTYCZNA		
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:	alergologii	93 zł
	anestezjologii	93 zł
	audiologii	93 zł
	chirurgii ogólnej	93 zł
	chirurgii naczyniowej	93 zł
	chirurgii onkologicznej	93 zł
	chorób zakaźnych	93 zł
	dermatologii	93 zł
	diabetologii	93 zł
	endokrynologii	93 zł
	fizjoterapii	93 zł
	gastroenterologii	93 zł
	ginekologii i położnictwa	93 zł
	hematologii	93 zł
	hepatologii	93 zł
	kardiologii	93 zł
	nefrologii	93 zł
	neurochirurgii	93 zł
	neurologii	93 zł
	okulistyki	93 zł
	onkologii	93 zł
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu	93 zł
	otolaryngologii	93 zł
	proktologii	93 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie		Wysokość świadczenia
Konsultacje ambulatoryjne z zakresu:	psychiatrii	93 zł
	psychologii	93 zł
	pulmonologii	93 zł
	rehabilitacji medycznej	93 zł
	reumatologii	93 zł
	urologii	93 zł
	wenerologii	93 zł
Konsultacje telemedyczne z zakresu:	alergologii	72 zł
	chirurgii ogólnej	72 zł
	dermatologii	72 zł
	diabetologii	72 zł
	endokrynologii	72 zł
	ginekologii i położnictwa	72 zł
	hematologii	72 zł
	kardiologii	72 zł
	nefrologii	72 zł
	neurochirurgii	72 zł
	neurologii	72 zł
	onkologii	72 zł
	ortopedii i traumatologii narządu ruchu	72 zł
	psychologii	72 zł
	pulmonologii	72 zł
	urologii	72 zł
BADANIA I ZABIEGI AMBULATORYJNE		
Pielęgniarskie	iniekcja domięśniowa (bez kosztu produktu leczniczego)	20 zł
	iniekcja dożylna (bez kosztu produktu leczniczego)	23 zł
	iniekcja podskórna (bez kosztu produktu leczniczego)	20 zł
	pobranie krwi	6 zł
	podłączenie wlewu kroplowego (bez kosztu produktu leczniczego)	46 zł
	pomiar wzrostu i wagi ciała	5 zł
Ogólnolekarskie	unieruchomienie po nieskomplikowanym złamaniu kości kończyny – bez kosztu ortezy, gipsu	43 zł
	unieruchomienie po skręceniu lub zwichnięciu stawu kończyny – bez kosztu ortezy, gipsu	43 zł
	usunięcie kleszcza	35 zł
	założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika)	57 zł
	założenie opatrunku rany skóry lub tkanki podskórnej	43 zł
Alergologiczne	odczulanie (bez kosztów produktu leczniczego)	50 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie		Wysokość świadczenia
Chirurgiczne	całkowite usunięcie płytki paznokciowej	186 zł
	częściowe usunięcie płytki paznokciowej	186 zł
	drenaż ropnia skóry lub tkanki podskórnej	143 zł
	nacięcie ropnia skóry lub tkanki podskórnej	143 zł
	resekcja klinowa wrastającego paznokcia	186 zł
	szycie rany do 3 cm	100 zł
	szycie rany powyżej 3 cm	143 zł
	założenie prostego opatrunku	14 zł
	zdjęcie szwów	29 zł
	zmiana prostego opatrunku	14 zł
Otolaryngologiczne	cytologiczne badanie błony śluzowej nosa	40 zł
	opatrunek uszny z lekiem	34 zł
	plukanie ucha	34 zł
	przedmuchiwanie trąbki słuchowej metodą Politzera	31 zł
	usunięcie ciała obcego z gardła	89 zł
	usunięcie ciała obcego z nosa	89 zł
	usunięcie ciała obcego z ucha	89 zł
	usunięcie woskowiny z ucha	34 zł
	założenie lub zmiana przedniej tamponady nosa	43 zł
Okulistyczne	badanie ciśnienia śródgałkowego komputerowe (nie obejmuje tonometrii dynamicznej, tonometrii indukcyjnej)	43 zł
	badanie dna oka	55 zł
	badanie ostrości widzenia do dali i do blizy	39 zł
	badanie pola widzenia komputerowe (nie obejmuje perymetrii zdwojonej częstotliwości, mikroperymetrii)	39 zł
	dobór szkielek korekcyjnych	67 zł
	usunięcie ciała obcego z oka	60 zł
Ginekologiczne	badanie tętna płodu – KTG	50 zł
	cytologia wymazu szyjki macicy (nie obejmuje cytologii na podłożu płynnym)	33 zł
	czystość pochwy	33 zł
Urologiczne	badanie uroflowmetryczne	57 zł
	założenie cewnika do pęcherza moczowego (bez kosztu cewnika)	57 zł
DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA		
Badania hematologiczne i układu krzepnięcia krwi	czas częściowej tromboplastyny po aktywacji/ czas kaolinowo- kefalinowy (APTT)	10 zł
	czas protrombinowy (PT/INR)	10 zł
	czas trombinowy (TT)	11 zł
	fibrinogen (FIBR)	14 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie		Wysokość świadczenia
Badania hematologiczne i układu krzepnięcia krwi	hematokryt	9 zł
	hemoglobina	17 zł
	leukocyty	7 zł
	morfologia krwi bez rozmazu	9 zł
	morfologia krwi z płytkami krwi z rozmazem automatycznym	10 zł
	morfologia krwi z płytkami krwi z rozmazem automatycznym z rozmazem ręcznym	14 zł
	morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów	10 zł
	odczyn Biernackiego (OB.)	6 zł
	płytki krwi	11 zł
	retikulocyty	7 zł
Badania biochemiczne krwi	albuminy	9 zł
	amylaza	9 zł
	apolipoproteina A1 (apoA1)	37 zł
	białko całkowite	7 zł
	białko C-reaktywne (CRP)	14 zł
	bilirubina bezpośrednia	7 zł
	bilirubina całkowita	7 zł
	bilirubina pośrednia	9 zł
	całkowita zdolność wiązania żelaza (TIBC)	17 zł
	ceruloplazmina	44 zł
	chlorki (Cl)	7 zł
	cholesterol całkowity	7 zł
	cholesterol HDL	7 zł
	cholesterol LDL	7 zł
	dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	9 zł
	esteraza acetylocholinowa	29 zł
	ferrytyna	31 zł
	fosfataza kwaśna całkowita	10 zł
	fosfataza kwaśna sterczowa	16 zł
	fosfataza zasadowa (alkaliczna/ALP)	7 zł
	fosfor/fosforany	6 zł
	gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)	7 zł
	glukoza	7 zł
	hemoglobina glikowana (HbA1C)	30 zł
	kinaza fosfokreatynowa – izoenzym CK-MB aktywność	20 zł
	kinaza fosfokreatynowa (CK, CPK)	10 zł
	kreatynina	7 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie		Wysokość świadczenia
Badania biochemiczne krwi	kwas foliowy	34 zł
	kwas moczowy	7 zł
	lipaza	13 zł
	lipidogram: cholesterol całkowity, cholesterol HDL, cholesterol LDL, trójglicerydy	24 zł
	magnez (Mg)	7 zł
	miedź (Cu)	36 zł
	mocznik – azot mocznika (BUN)	7 zł
	osteokalcyna	30 zł
	potas (K)	7 zł
	proteinogram	23 zł
	seromukoid	26 zł
	sód (Na)	7 zł
	test obciążenia glukozą 1 pkt 50g	13 zł
	test obciążenia glukozą 1 pkt 75g	13 zł
	test obciążenia glukozą 3 pkt 50g	13 zł
	test obciążenia glukozą 3 pkt 75g	13 zł
	transaminaza alaninowa (GPT/ALT/ALAT)	7 zł
	transaminaza asparaginianowa (GOT/AST/ASPAT)	7 zł
	transferyna	27 zł
	troponina	39 zł
	trójglicerydy	7 zł
	tyreoglobulina	46 zł
	wapń całkowity (Ca)	9 zł
	witamina B12	24 zł
	witamina D3 – metabolit 25 OH	57 zł
	witamina D3 – metabolit 1,25 (OH)2	129 zł
	żelazo (Fe)	7 zł
Badania serologiczne i immunologiczne krwi	antystreptolizyna O (ASO)	13 zł
	badanie przeglądowe na obecność alloprzeciwciał (bez identyfikacji i oznaczenia miana)	31 zł
	Borrelia spp. – przeciwciała IgG metodą ELISA	57 zł
	Borrelia spp. – przeciwciała IgM metodą ELISA	55 zł
	Chlamydia pneumoniae – przeciwciała IgA	57 zł
	Chlamydia pneumoniae – przeciwciała IgG	57 zł
	Chlamydia pneumoniae – przeciwciała IgM	57 zł
	Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgA	57 zł
	Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgG	57 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie	Wysokość świadczenia
Badania serologiczne i immunologiczne krwi	Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgM
	57 zł
	Chlamydia trachomatis – przeciwciała IgG/IgM
	64 zł
	Cytomegalovirus (CMV) – przeciwciała IgA
	53 zł
	Cytomegalovirus (CMV) – przeciwciała IgG
	52 zł
	Cytomegalovirus (CMV) – przeciwciała IgM
	52 zł
	czynnik reumatoidalny (RF)
	13 zł
	Helicobacter pylori – przeciwciała IgG
	49 zł
	immunoglobulina A (IgA)
	29 zł
	immunoglobulina E (IgE całkowite)
	29 zł
	immunoglobulina G (IgG)
	29 zł
	immunoglobulina M (IgM)
	29 zł
	kiła – test RPR/USR/VDRL
	10 zł
	odczyn Coombsa bezpośredni (bezpośredni test antyglobulinowy, BTA)
	27 zł
	odczyn Waalera-Rosego
	20 zł
	oznaczenie grupy krwi układu ABO, antygeny D z układu Rh z oceną hemolizyn
	29 zł
	przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (ANCA)
	86 zł
	przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej (ATPO, TPOAb)
	48 zł
	przeciwciała przeciw tyreoglobulinie (ATG, TgAb)
	49 zł
	przeciwciała przeciwjądrowe (ANA) – test ANA1
	57 zł
	PSA całkowity (tPSA)
	29 zł
	PSA panel (PSA, FPSA, wskaźnik FPSA/PSA)
	43 zł
	PSA wolny (fPSA)
	36 zł
	Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG (bez badania awidności)
	43 zł
	Toxoplasma gondii – przeciwciała IgG (awidność)
	72 zł
	Toxoplasma gondii – przeciwciała IgM
	44 zł
	wirus Epstein-Barr – przeciwciała anty VCA w klasie IgM
	57 zł
	wirus HIV – test COMBO (przeciwciała anty HIV1, anty HIV2, antygen p24)
	49 zł
	wirus różyczki – przeciwciała IgG (bez badania awidności)
	45 zł
	wirus różyczki – przeciwciała IgG (awidność)
	36 zł
	wirus różyczki – przeciwciała IgM
	47 zł
	wirus zapalenia wątroby typu B – antygen Hbe
	37 zł
	wirus zapalenia wątroby typu B – antygen HBs
	20 zł
	wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBc w klasie IgM
	57 zł
	wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty Hbe
	57 zł
	wirus zapalenia wątroby typu B – przeciwciała anty HBs
	42 zł
	wirus zapalenia wątroby typu C – przeciwciała anty HCV
	48 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie	Wysokość świadczenia
Badania hormonalne	17-hydroksykortykosteroidy z dobowej próbki moczu
	30 zł
	adrenalina we krwi
	69 zł
	ALA kwas aminolewulinowy we krwi
	44 zł
	aldosteron we krwi
	29 zł
	androstendion we krwi
	29 zł
	estradiol we krwi
	29 zł
	gonadotropina kosmówkowa (beta-HCG) we krwi
	29 zł
	hormon adrenokortykotropowy (ACTH) we krwi
	29 zł
	hormon folikulotropowy (FSH) we krwi
	29 zł
	hormon luteinizujący (LH) we krwi
	29 zł
	hormon tyreotropowy (TSH)
	26 zł
	hormon wzrostu (hGH) we krwi (nie obejmuje testu stymulacji i hamowania)
	29 zł
	insulina we krwi
	29 zł
	kalcytonina we krwi
	30 zł
	kortyzol we krwi
	29 zł
	parathormon (PTH) we krwi
	29 zł
	parathormon intact (iPTH) we krwi
	36 zł
	progesteron (PRG) we krwi
	29 zł
	prolaktyna (PRL) we krwi
	29 zł
	prolaktyna test z metoclopramidem – test 2pkt we krwi
	60 zł
	prolaktyna test z metoclopramidem – test 3pkt we krwi
	90 zł
	siarczan dehydroepiandrosteronu (DHEA-S) we krwi
	29 zł
	testosteron całkowity (TT) we krwi
	29 zł
	trijodotyronina całkowita (TT3) we krwi
	28 zł
	trijodotyronina wolna (fT3) we krwi
	28 zł
	tyroksyna całkowita (TT4) we krwi
	29 zł
	tyroksyna wolna (fT4) we krwi
	28 zł
Badania bakteriologiczne	posiew kału ogólny
	50 zł
	posiew kału w kierunku bakterii Shigella, Salmonella
	50 zł
	posiew moczu
	48 zł
	posiew nasienia
	50 zł
	posiew płwociny
	50 zł
	posiew wymazu z cewki moczowej
	48 zł
	posiew wymazu z gardła
	50 zł
	posiew wymazu z kanału szyjki macicy
	50 zł
	posiew wymazu z nosa
	50 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie		Wysokość świadczenia
Badania bakteriologiczne	posiew wymazu z odbytu	50 zł
	posiew wymazu z odbytu – posiew w kier. Pać. Hem. z gr. B (GBS)	48 zł
	posiew wymazu z oka	50 zł
	posiew wymazu z pochwy	50 zł
	posiew wymazu z pochwy – posiew w kier. Pać. Hem. z gr. B (GBS)	50 zł
	posiew wymazu z rany	50 zł
	posiew wymazu z ucha	50 zł
	posiew wymazu ze zmian skórnych	50 zł
Badania mykologiczne	badanie mykologiczne mikroskopowe – zeszkrobin paznokci, skóry gładkiej, skóry owłosionej	39 zł
	posiew – zeszkrobin paznokci, skóry gładkiej, skóry owłosionej,	39 zł
	mykogram (dotyczy tylko posiewów z zakresu usług medycznych)	37 zł
Badania moczu	amylaza	9 zł
	badanie ogólne moczu	7 zł
	białko	7 zł
	bilirubina	9 zł
	ciała ketonowe	7 zł
	fosforany (próbka z dobowej zbiórki moczu)	6 zł
	glukoza	9 zł
	glukoza (próbka z dobowej zbiórki moczu)	7 zł
	kreatynina	7 zł
	kwas moczowy (próbka z dobowej zbiórki moczu)	7 zł
	magnez	7 zł
	magnez (próbka z dobowej zbiórki moczu)	9 zł
	potas	7 zł
	potas (próbka z dobowej zbiórki moczu)	9 zł
	sód	7 zł
	sód (próbka z dobowej zbiórki moczu)	9 zł
	wapń	5 zł
	wapń (próbka z dobowej zbiórki moczu)	7 zł
Badania kału	badanie kału w kierunku Giargia lamblia – metoda ELISA	20 zł
	badanie kału w kierunku pasożytów – mikroskopowe	13 zł
	badanie ogólne kału	16 zł
	krew utajona w kale/ F.O.B	14 zł
	resztki pokarmowe w kale	16 zł
Markery nowotworowe	alfa – fetoproteina (AFP)	36 zł
	antygen CA 125	36 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie		Wysokość świadczenia
Markery nowotworowe	antygen CA 15-3 (CA 15-3)	36 zł
	antygen CA 19-9 – antygen raka przewodu pokarmowego	36 zł
	antygen CEA – carcinoembrionalny	36 zł
DIAGNOSTYKA OBRAZOWA		
Badania radiologiczne (RTG)	mammografia	100 zł
	RTG czaszki	57 zł
	RTG czaszki okolicy czołowej	57 zł
	RTG gruczołu ślinowego	57 zł
	RTG jamy brzusznej – zdjęcie przeglądowe	57 zł
	RTG języczka	57 zł
	RTG klatki piersiowej	57 zł
	RTG kości łódeczkowatej	53 zł
	RTG kości miednicy	57 zł
	RTG kości ogonowej (guzicznej)	57 zł
	RTG kości piętowej	57 zł
	RTG kości podudzia	57 zł
	RTG kości przedramienia	57 zł
	RTG kości ramiennej	57 zł
	RTG kości udowej	57 zł
	RTG kręgosłupa całego	57 zł
	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	57 zł
	RTG kręgosłupa piersiowego	57 zł
	RTG kręgosłupa szyjnego	57 zł
	RTG krtani	57 zł
	RTG łopatk	57 zł
	RTG miednicy	57 zł
	RTG mostka	57 zł
	RTG nadgarstka	57 zł
	RTG nosa	52 zł
	RTG nosogardzieli	57 zł
	RTG obojczyka	57 zł
	RTG obydwu nadgarstków	57 zł
	RTG obydwu stawów biodrowych	57 zł
	RTG obydwu stawów ramiennych	57 zł
	RTG obydwu stóp	57 zł
	RTG oczodołu	54 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie		Wysokość świadczenia
Badania radiologiczne (RTG)	RTG palca/palców ręki	45 zł
	RTG palca/palców stopy	57 zł
	RTG przewodu nosowo-lzowego	57 zł
	RTG ręki	54 zł
	RTG rzepki	57 zł
	RTG stawów krzyżowo-biodrowych	54 zł
	RTG stawu biodrowego	55 zł
	RTG stawu kolanowego	57 zł
	RTG stawu łokciowego	57 zł
	RTG stawu ramiennego (bark)	53 zł
	RTG stawu skokowego (kostki)	57 zł
	RTG stopy	57 zł
	RTG szczęki	48 zł
	RTG tarczycy	57 zł
	RTG tunelowe stawu kolanowego	57 zł
	RTG zatok obocznych nosa	54 zł
	RTG żebra	57 zł
	RTG żuchwy	54 zł
	urografia	243 zł
	wlew doodbytniczy	129 zł
Badania ultrasonograficzne (USG)	USG ciąży	100 zł
	USG ginekologiczne – przez powłoki brzuszne	100 zł
	USG ginekologiczne – przezpochwowe (transwaginalne, TV)	100 zł
	USG gruczołu krokowego – przez powłoki brzuszne	100 zł
	USG gruczołu krokowego – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS)	100 zł
	USG jamy brzusznej	100 zł
	USG jąder (bez badania przepływów)	100 zł
	USG krtani	100 zł
	USG miednicy małej – przez powłoki brzuszne	100 zł
	USG miednicy małej – przezodbytnicze (transrektalne, TRUS)	100 zł
	USG miednicy małej – przezpochwowe (transwaginalne, TV)	100 zł
	USG mięśni	100 zł
	USG nadgarstka	100 zł
	USG piersi	100 zł
	USG stawów biodrowych u dzieci	100 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie	Wysokość świadczenia
Badania ultrasonograficzne (USG)	USG stawów i więzadeł
	100 zł
	USG stawu biodrowego
	100 zł
	USG stawu kolanowego
	100 zł
	USG stawu łokciowego
	100 zł
	USG stawu ramiennego (bark)
	100 zł
	USG stawu skokowego
	100 zł
	USG ścięgna
	100 zł
	USG śródreżcza i palców
	100 zł
	USG śródstopia (stopy)
	100 zł
	USG tarczycy
	100 zł
	USG tkanki podskórnej
	100 zł
	USG układu moczowego (nerek, moczowodów, pęcherza moczowego)
	100 zł
	USG węzłów chłonnych
	100 zł
	USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe dziecka
	129 zł
	USG serca (echokardiografia, ECHO) – badanie przezklatkowe osoby dorosłej
	129 zł
	USG naczyń jamy brzusznej – badanie metodą Dopplera
	129 zł
	USG tętnic i żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera
	100 zł
	USG tętnic i żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera
	129 zł
	USG tętnic i żył szyi – badanie metodą Dopplera
	129 zł
	USG tętnic jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera
	100 zł
	USG tętnic obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera
	100 zł
	USG tętnic nerkowych – badanie metodą Dopplera
	129 zł
	USG tętnic szyi – badanie metodą Dopplera
	129 zł
	USG żył jednej kończyny dolnej – badanie metodą Dopplera
	100 zł
	USG żył obydwu kończyn dolnych – badanie metodą Dopplera
	100 zł
	USG żył szyi – badanie metodą Dopplera
	129 zł
Tomografia komputerowa (CT)	tomografia komputerowa całego kręgosłupa
	286 zł
	tomografia komputerowa głowy
	286 zł
	tomografia komputerowa jamy brzusznej
	286 zł
	tomografia komputerowa klatki piersiowej
	286 zł
	tomografia komputerowa kości miednicy
	286 zł
	tomografia komputerowa kręgosłupa lędźwiowego
	286 zł
	tomografia komputerowa kręgosłupa piersiowego
	286 zł
	tomografia komputerowa kręgosłupa szyjnego
	286 zł
	tomografia komputerowa krtani
	286 zł
	tomografia komputerowa miednicy małej
	286 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie	Wysokość świadczenia
Tomografia komputerowa (CT)	tomografia komputerowa nadgarstka
	286 zł
	tomografia komputerowa oczodołów
	286 zł
	tomografia komputerowa piramid kości skroniowych
	286 zł
	tomografia komputerowa podudzia
	286 zł
	tomografia komputerowa przedramienia
	286 zł
	tomografia komputerowa przysadki mózgowej
	286 zł
	tomografia komputerowa ramienia
	286 zł
	tomografia komputerowa ręki
	286 zł
	tomografia komputerowa stawu biodrowego
	286 zł
	tomografia komputerowa stawu kolanowego
	286 zł
	tomografia komputerowa stawu łokciowego
	286 zł
	tomografia komputerowa stawu ramiennego (bark)
	286 zł
	tomografia komputerowa stawu skokowego
	286 zł
	tomografia komputerowa stopy
	286 zł
	tomografia komputerowa szyi
	286 zł
	tomografia komputerowa uda
	286 zł
	tomografia komputerowa układu moczowego (urografia CT)
	286 zł
	tomografia komputerowa zatok obocznych nosa
	286 zł
Rezonans magnetyczny (MRI)	rezonans magnetyczny całego kręgosłupa
	429 zł
	rezonans magnetyczny głowy
	429 zł
	rezonans magnetyczny jamy brzusznej
	429 zł
	rezonans magnetyczny klatki piersiowej
	429 zł
	rezonans magnetyczny kości miednicy
	429 zł
	rezonans magnetyczny kręgosłupa lędźwiowego
	429 zł
	rezonans magnetyczny kręgosłupa piersiowego
	429 zł
	rezonans magnetyczny kręgosłupa szyjnego
	429 zł
	rezonans magnetyczny miednicy małej
	429 zł
	rezonans magnetyczny nadgarstka
	429 zł
	rezonans magnetyczny oczodołów
	429 zł
	rezonans magnetyczny podudzia
	429 zł
	rezonans magnetyczny przedramienia
	429 zł
	rezonans magnetyczny przysadki mózgowej
	429 zł
	rezonans magnetyczny ramienia
	429 zł
	rezonans magnetyczny ręki
	429 zł
	rezonans magnetyczny stawu biodrowego
	429 zł
	rezonans magnetyczny stawu kolanowego
	429 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie		Wysokość świadczenia
Rezonans magnetyczny (MRI)	rezonans magnetyczny stawu łokciowego	429 zł
	rezonans magnetyczny stawu ramiennego (bark)	429 zł
	rezonans magnetyczny stawu skokowego	429 zł
	rezonans magnetyczny stopy	429 zł
	rezonans magnetyczny uda	429 zł
	rezonans magnetyczny układu moczowego (urografia MRI)	429 zł
	rezonans magnetyczny zatok obocznych nosa	429 zł
DIAGNOSTYKA SPECJALISTYCZNA		
Badania endoskopowe	anoskopia	137 zł
	gastroskopia	186 zł
	kolonoskopia	186 zł
	rektoskopia	186 zł
	sigmoidoskopia	270 zł
Badania kardiologiczne	całodobowy pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera	100 zł
	EKG – badanie spoczynkowe bez opisu	21 zł
	EKG – badanie spoczynkowe z opisem	29 zł
	EKG – badanie wysiłkowe	100 zł
	EKG – całodobowa rejestracja metodą Holtera	100 zł
Badania neurologiczne	EEG (elektroencefalografia) – zapis w czuwaniu (z wyłączeniem EEG we śnie, EEG biofeedback, EEG video)	100 zł
	EMG – badanie ilościowe jednego mięśnia	93 zł
	EMG – elektrostymulacyjna próba męczliwości jednego mięśnia (próba miasteniczna)	114 zł
	EMG – próba ischemiczna (tężyczkowa)	122 zł
	ENG (elektroencefalografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych	93 zł
	ENG (elektroencefalografia) – badanie przewodnictwa w obwodowych nerwach ruchowych i czuciowych + fala F	93 zł
Badania alergologiczne	testy alergiczne skórne – panel mieszany (pediatryczny)	200 zł
	testy alergiczne skórne – panel pokarmowy	143 zł
	testy alergiczne skórne – panel wziewny	129 zł
	testy alergiczne skórne metodą nakłuć (1 pkt.)	13 zł
	testy alergiczne skórne płatkowe (1 alergen)	19 zł
Badania audiologiczne	audiometria impedancyjna (tympanogram)	31 zł
	audiometria impedancyjna z oceną funkcji trąbki słuchowej	31 zł
	audiometria tonalna	31 zł
Biopsje	biopsja cienkoigłowa guzka piersi pod kontrolą USG (z badaniem cytologicznym)	143 zł
	biopsja cienkoigłowa tarczycy pod kontrolą USG (z badaniem cytologicznym)	143 zł
Badania reumatologiczne	densytometria całego kośćca	114 zł

Załącznik nr 7 do Umowy

Świadczenie		Wysokość świadczenia
Badania reumatologiczne	densytometria kości obu rąk	64 zł
	densytometria kości udowej	64 zł
	densytometria kręgosłupa	64 zł
Badania pulmonologiczne	spirometria	37 zł
SZKOŁA RODZENIA		300 zł
SZCZEPIENIA OCHRONNE (konsultacja, szczepionka, iniekcja)		
anatoksyna przeciw tężcowi		43 zł
szczepienie przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu		145 zł
szczepienie przeciwko grypie		43 zł
szczepienie przeciw WZW typu A		143 zł
szczepienie przeciw WZW typu B		86 zł
szczepienie przeciw WZW typu A i B		193 zł
REHABILITACJA AMBULATORYJNA		
Zabiegi fizykoterapii	elektrostymulacja	18 zł
	fonoforeza	15 zł
	galwanizacja	16 zł
	jonoforeza	16 zł
	laseroterapia punktowa	18 zł
	magnetoterapia	18 zł
	prądy diadynamiczne	16 zł
	prądy interferencyjne	18 zł
	prądy TENS	16 zł
	prądy Traberta	15 zł
	Sollux	15 zł
	ultradźwięki miejscowe	18 zł
	ultrafonoreza	15 zł
Zabiegi kinezyterapii	ćwiczenia bierne	21 zł
	ćwiczenia czynne w odciążeniu	21 zł
	ćwiczenia czynne wolne	21 zł
	ćwiczenia czynne z oporem	21 zł
	ćwiczenia izometryczne	21 zł
	ćwiczenia ogólnousprawniające	21 zł
	masaż suchy częściowy	21 zł
	mobilizacje i manipulacje	21 zł
	neuromobilizacje	21 zł
	wyciągi	21 zł
WIZYTY DOMOWE (z zakresu: chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, pediatrii)		114 zł
OPIEKA STOMATOLOGICZNA		
przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne dorosły)		43 zł
przegląd stomatologiczny (badanie dentystyczne dziecko)		43 zł