

## OGÓLNE WARUNKI ŚWIADCZENIA USŁUG „OPIEKA DLA CIEBIE I RODZINY” NR I/2016

### § 1

#### POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Świadczenia Usług (zwanych dalej OWŚU) Medicover Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie Al. Jerozolimskie 96 (zwana dalej Medicover) zawiera umowy (zwane dalej Umową) z osobami fizycznymi (zwanymi dalej Klientami).
2. Umowa może być zawarta na rzecz osoby trzeciej, będącej osobą fizyczną, na warunkach określonych w Umowie.
3. Potwierdzeniem zawarcia Umowy jest Certyfikat wystawiony przez Medicover.
4. W przypadku zawarcia Umowy na rzecz osoby trzeciej, obowiązek uiszczenia Opłaty spoczywa na Kliencie.
5. W sprawach nieuregulowanych w OWŚU mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego oraz inne przepisy prawa powszechnie obowiązującego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

### § 2

#### DEFINICJE

Przez użyte w niniejszej Umowie pojęcia rozumie się:

1. **Centrum Medicover** – Placówka Medyczna należąca do Medicover Sp. z o. o. i/lub Placówka Medyczna będąca w sieci franczyzowej Medicover Sp. z o. o., z wyłączeniem Szpitala Medicover.
2. **Centrum Obsługi Klienta** – usługa telefoniczna, w ramach której Klient może umówić termin i miejsce wykonania usługi medycznej lub uzyskać informacje na temat wykonywania usługi medycznej.
3. **Certyfikat** (zwany Potwierdzeniem Zamówienia dla zakupów dokonanych poprzez Sklep Internetowy) – dokument potwierdzający zawarcie umowy zawierający: dane osobowe Klienta oraz Uprawnionych, Datę uzyskania uprawnień, okres, na jaki została zawarta umowa, Zakres Umowy, wydawany po zarejestrowaniu przez Medicover poprzecznie wypełnionego Wniosku o zawarcie umowy.
4. **Choroba** – stan zdrowia Uprawnionego, który zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, wymaga leczenia lub diagnostyki.
5. **Data uzyskania uprawnień** – data wskazana w Certyfikacie, od której rozpoczyna się świadczenie usług medycznych w ramach Umowy. Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem miesiąca przypadającego po dacie zarejestrowania przez Medicover poprawnie wypełnionego wniosku oraz uiszczenia przez Klienta Opłaty za pierwszy Okres Płatności. W przypadku wniosków zarejestrowanych w ciągu ostatnich trzech dni roboczych danego miesiąca, Data uzyskania uprawnień jest pierwszym dniem drugiego w kolejności miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym został zarejestrowany poprawnie wypełniony wniosek oraz uiszczona została Opłata za pierwszy Okres Płatności.
6. **Data zawarcia umowy** – data przesłania przez Medicover Klientowi Certyfikatu
7. **Dzieci** – wskazane we Wniosku o zawarcie umowy własne lub przysposobione dzieci Pierwszego Uprawnionego lub Partnera, pozostające z Pierwszym Uprawnionym we wspólnym gospodarstwie domowym, które w chwili podpisywania wniosku o zawarcie Umowy nie ukończyły 18. roku życia.
8. **Hot Line Medicover** – 24-godzinna usługa telefoniczna, w ramach której Uprawniony może uzyskać pomoc w razie Nagłego zachorowania lub Nieszczęśliwego wypadku, zgodnie z przysługującym mu Zakresem umowy.
9. **Klient** – osoba fizyczna zawierająca Umowę i zobowiązana do uiszczenia Opłat zgodnie z terminami i na warunkach określonych w Umowie.
10. **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły i niezamierzony, w okresie trwania umowy, bezpośrednio zagrożący życiu lub zdrowiu Uprawnionego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy lekarskiej i poddania się leczeniu.
11. **Nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania umowy, w wyniku którego Uprawniony, niezależnie od swojej woli, doznał fizycznych obrażeń ciała. Za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu czy jakichkolwiek innych chorób, w tym występujących nagle. Zakresem umowy objęte są bezpośrednio następstwa Nieszczęśliwego wypadku, czyli takie które wystąpiły i podlegały diagnostyce i/lub leczeniu w terminie 7 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku.
12. **Obszar udzielania świadczeń** – obszar, w obrębie którego świadczone są usługi pogotowia ratunkowego oraz wizyty w miejscu zachorowania. Informacja o aktualnym obszarze udzielania świadczeń dostępna jest na stronie internetowej [www.medicover.pl](http://www.medicover.pl) oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta.
13. **Opłata** – kwota należna Medicover od Klienta z tytułu realizacji Umowy.
14. **Pierwsza Opłata** – kwota należna Medicover od Klienta na poczet uruchomienia Umowy. Jej wysokość jest naliczana proporcjonalnie, w zależności od Daty uzyskania uprawnień, za okres pomiędzy Datą uzyskania uprawnień a końcem pierwszego Okresu płatności, który wynika z wybranej przez Klienta we Wniosku częstotliwości dokonywania Opłaty.
15. **Okres płatności** – wybrana przez Klienta we Wniosku o zawarcie umowy częstotliwość dokonywania Opłaty.
16. **Partner** – partner życiowy Pierwszego uprawnionego prowadzący z nim wspólne gospodarstwo domowe (małżonek, konkubent), który w chwili podpisywania Wniosku o zawarcie Umowy nie ukończył 67 roku życia.
17. **Pierwszy Uprawniony** – osoba, która w chwili podpisania Wniosku o zawarcie umowy nie ukończyła 67 roku życia, będącą Klientem lub osobą wskazaną przez Klienta we Wniosku o zawarcie umowy, na rzecz której mają być udzielane Usługi medyczne.
18. **Placówka Medyczna** – działający zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce, podmiot uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. podmiot leczniczy, osoba fizyczna wykonująca zawód medyczny, tj. osoba, która na podstawie odrębnych przepisów, uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych (w tym lekarz, pielęgniarka, położna w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki) oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, grupowa praktyka lekarska, grupowa praktyka pielęgniarska lub położnicza, gdzie Uprawniony może uzyskać Usługę medyczną.
19. **Placówka Medyczna Medicover** – Centra Medicover oraz Placówki Medyczne, z którymi Medicover Sp. z o. o. zawarł umowy o współpracy w tym Centrum Medyczne Damiana. Wykaz Placówek Medycznych Medicover i zakres Usług medycznych

świadczonych w każdej z nich, jest dostępny na stronie internetowej [www.medicover.pl](http://www.medicover.pl) oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta.

20. **Rok trwania umowy** – 12 kolejno następujących po sobie miesięcy, począwszy od Daty umowy uzyskania uprawnień.
21. **Uprawniony** (zwany Beneficjentem dla zakupów dokonanych poprzez Sklep Internetowy) – Pierwszy Uprawniony, a w przypadku zawarcia Umowy rodzinnej także Partner lub Dzieci.
22. **Umowa** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWŚU.
23. **Umowa rodzinna** – umowa zawierana na rzecz Pierwszego Uprawnionego oraz wskazanych we Wniosku o zawarcie umowy Partnera i/lub Dzieci.
24. **Usługa medyczna** – badanie lekarskie, medyczne lub diagnostyczne, procedura ambulatoryjna, rehabilitacyjna lub hospitalizacyjna, niezbędna z medycznego punktu widzenia, zgodna z wybranym Zakresem umowy, mająca na celu utrzymanie, przywrócenie lub poprawę stanu zdrowia Uprawnionego, obejmująca także profilaktykę.
25. **Wniosek o zawarcie umowy** (zwany Zamówieniem dla zakupów dokonanych poprzez Sklep Internetowy) – oferta zawarcia umowy kierowana przez Klienta do Medicover.
26. **Zabiegi ambulatoryjne** – diagnostyczne i lecznicze Usługi medyczne wymienione w Zakresem umowy, wykonywane ze wskazań medycznych, w znieczuleniu miejscowym lub nasiękowym (w okolicę zabiegu), w warunkach sali zabiegowej placówki ambulatoryjnej (przychodni), odbywające się na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Placówki Medycznej Medicover. Jeżeli ze względu na wiek lub stan zdrowia Uprawnionego oraz zmianę standardów dostarczenia usługi i wytycznych postępowania medycznego, Zabieg ambulatoryjny będzie wymagał znieczulenia z intubacją dotchawiczą, maską krtaniową lub innym rodzajem znieczulenia wymagającego zapewnienia drożności dróg oddechowych i/lub hospitalizacji, wówczas nie podlega on zakresowi Zabiegów ambulatoryjnych i w ramach tego zakresu nie będzie świadczony.
27. **Zakres umowy** – Usługi medyczne przysługujące Uprawnionemu w ramach Umowy, określone w Załączniku nr I do OWŚU.

### § 3

#### PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY

1. Wykonywanie postanowień Umowy polega na udostępnieniu Uprawnionemu Usług medycznych w Placówkach Medycznych Medicover w okresie obowiązywania umowy, zgodnie z wybranym Zakresem umowy i na zasadach określonych w OWŚU, których potrzeba realizacji pojawiła się w okresie trwania Umowy – objęcie Opieką.
2. Zakres umowy jest opisany w Załączniku nr I do OWŚU.
3. Wszystkie osoby Uprawnione w ramach jednej Umowy rodzinnej są objęte tym samym Zakresem umowy.
4. Medicover zastrzega sobie prawo do zmiany Placówek Medycznych Medicover w trakcie obowiązywania Umowy z następujących ważnych powodów:
  - a) rozwiązanie umowy z Placówką Medyczną Medicover z przyczyn leżących po stronie tej placówki, b) czasowe zaprzestanie działalności - całkowicie lub w zakresie niektórych jednostek lub komórek organizacyjnych Placówki Medycznej Medicover,
  - c) wykreślenie Placówki Medycznej Medicover z właściwego rejestru w całości lub części,
  - d) ogłoszenie lub zarządzenie likwidacji, przekształcenia lub upadłości Placówki Medycznej Medicover,
  - e) uzyskanie przez nową Placówkę Medyczną statusu Placówki Medycznej Medicover w rozumieniu OWŚU.Aktualny wykaz Placówek Medycznych Medicover dostępny jest na stronie internetowej [www.medicover.pl](http://www.medicover.pl) oraz pod numerem Centrum Obsługi Klienta.

### § 4

#### OGRANICZENIA WYKONYWANIA POSTANOWIEŃ UMOWY

1. Medicover nie ponosi odpowiedzialności (nie udziela Usług medycznych), jeśli Usługa medyczna dotycząca Uprawnionego jest wynikiem lub spowodowana jest:
  - a) zakażeniem wirusem HIV lub chorobą AIDS,
  - b) diagnostyką, leczeniem, zabiegami lub operacją związaną ze zmianą płci,
  - c) prowadzeniem leczenia uznanego z medycznego punktu widzenia za eksperymentalne lub o nieudowodnionej skuteczności,
  - d) zamierzonym samookaleczeniem, próbą samobójczą lub narażaniem się na niepotrzebne niebezpieczeństwo poza próbą ratowania życia drugiego człowieka,
  - e) pozostawianiem pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających,
  - f) pozostawianiem pod wpływem leków ograniczających zdolność do prowadzenia pojazdu mechanicznego lub obsługi maszyn i urządzeń, o ile zgodnie z informacją podaną przez producenta leku jego zażycie wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych lub obsługi maszyn i urządzeń,
  - g) prowadzeniem pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu, jeżeli Uprawniony nie posiadał uprawnień do jego prowadzenia lub jeżeli Uprawnionemu zatrzymano czasowo lub na stałe dokumenty potwierdzające te uprawnienia, zgodnie z obowiązującymi przepisami, a także jeśli pojazd nie spełniał wynikających z odrębnych przepisów wymogów dotyczących jego użytkowania, tj. jeśli pojazd nie był dopuszczony do ruchu, a w przypadku pojazdów podlegających rejestracji – jeśli nie posiadał ważnego badania technicznego,
  - h) wypadkiem lub chorobą powstałą w związku ze służbą wojskową i/lub w jednostkach paramilitarnych, działaniami wojennymi, udziałem w misjach pokojowych lub stabilizacyjnych, aktem terroru lub czynnym udziałem Uprawnionego w zamieszkach, rozruchach lub aktach przemocy, lub w czasie stanu wojennego, wyjątkowego lub stanu klęski żywiołowej,
  - i) uprawianiem amatorsko lub wyczynowo sportów ekstremalnych, tj. sportów, których uprawianie wiąże się z wysokim prawdopodobieństwem doznania urazu, wymagających ponadprzeciętnych zdolności fizycznych lub psychicznych oraz odpowiedniego przygotowania, w szczególności związanych z:
    - i. wykorzystaniem statków powietrznych (samolotów, balonów, szybowców, paralotni),
    - ii. wykorzystaniem spadochronu, lotni, w tym również wyposażonych w silnik,
    - iii. wszelkiego rodzaju wspinaczką,
    - iv. speleologią i eksploracją jaskiń,

- v. uprawianiem jakiejkolwiek sztuki walki,
  - vi. nurkowaniem na głębokość większą niż 18 metrów,
  - vii. wyścigami lub rajdami wszelkiego rodzaju środkami lokomocji posiadającymi własny napęd mechaniczny,
  - viii. skokami na linie,
  - ix. narciarstwem oraz jazdą na snowboardzie z wyjątkiem uprawianych rekreacyjnie na wyznaczonych trasach,
  - x. hippiką z wyjątkiem uprawianej rekreacyjnie.
- W rozumieniu niniejszych OWSU przez uprawianie sportu ekstremalnego rozumie się także jednorazowe podjęcie lub wykonanie takiej czynności bądź udział w zawodach sportowych o ww. charakterze.
- j) detoksykacją po użyciu narkotyków lub innych środków odurzających, tytoniu lub alkoholu,
  - k) epidemią ogłoszoną lub potwierdzoną przez odpowiednie organy administracji państwowej,
  - l) diagnostyką i leczeniem niepłodności, w tym szczególnie z wykorzystaniem metod wspomaganego rozrodu lub wykonywaniem aborcji (z powodów pozamedycznych).
2. Medicover nie ponosi kosztów zakupu leków, protez, implantów, stymulatorów, rozruszników serca, zastawek, soczewek, urządzeń korygujących (w tym zakupu okularów optycznych i szkieł kontaktowych) i innych wyspospecjalistycznych materiałów medycznych.
  3. Ze względu na rozwój medycyny lub zmianę standardu udzielania usług medycznych (wynikająca z oceny bezpieczeństwa pacjenta i zmniejszania ryzyka powikłań) oraz wytycznych postępowania medycznego i metod wykonywania badań laboratoryjnych, nazwa lub metoda wykonywania usług dostępnych w ramach Zakresu Umowy może ulec zmianie. W przypadku pojawienia się nowych usług medycznych (w tym szczepionek), których dostarczenie będzie związane z rozszerzeniem zakresu świadczeń – usługi te nie będą dostępne w ramach Zakresu Umowy.

## § 5

### ZAWARCIE UMOWY I CZAS JEJ TRWANIA

1. Umowa zostaje zawarta na okres 12 lub 24 miesięcy, zgodnie z oświadczeniem Klienta we Wniosku o zawarcie Umowy, co zostanie potwierdzone w Certyfikacie.
2. W przypadku wyboru Umowy z opcją dopłaty, Umowa jest zawierana wyłącznie na okres 12 miesięcy.
3. Świadczenie usług medycznych rozpoczyna się w dniu określonym w Certyfikacie jako Data uzyskania uprawnień.
4. Pierwsza Umowa jest zawierana na podstawie oferty jej zawarcia złożonej przez Klienta i jej przyjęcia przez Medicover. Klient składa ofertę na wniosku Medicover.
5. Składając wniosek, Klient wnosi Pierwszą Opłatę na poczet uruchomienia Umowy.
6. Dostarczenie Medicover niekompletnie wypełnionego Wniosku lub niewpłacenie kwoty na poczet Pierwszej Opłaty uniemożliwia zawarcie Umowy. Niekompletnie wypełniony lub nieopłacony Wniosek traci ważność po 30 dniach od jego złożenia.
7. Umowę uważa się za zawartą na warunkach określonych we wniosku w momencie dostarczenia Certyfikatu Klientowi.
8. W przypadku odmowy zawarcia Umowy, Medicover zwraca Klientowi niezwłocznie nie później jednak niż w terminie 14 dni pełną kwotę wpłaconą na poczet Pierwszej Opłaty, w sposób ustalony z Klientem. Dla zakupów dokonanych w Sklepie Internetowym zwrot odbywa się zgodnie z regulaminem Sklepu
9. W razie obejmowania Uprawnionego Opieką w trakcie trwania umowy postanowienia ust. 3-5 stosuje się odpowiednio.
10. Kolejna Umowa jest zawierana na podstawie oferty złożonej przez Medicover i jej przyjęcia przez Klienta. Medicover przedstawia ofertę zawarcia kolejnej Umowy najpóźniej 20 dni przed końcem Umowy. Składając ofertę zawarcia kolejnej Umowy, Medicover może zaproponować zmianę warunków Umowy. Klient jest zobowiązany do poinformowania Medicover o swojej decyzji. Jeśli Klient akceptuje warunki zawarte w ofercie, wystarczającym sposobem poinformowania Medicover jest uiszczenie Opłaty w wysokości i terminie wskazanym w ofercie.
11. Medicover może odmówić zawarcia nowej Umowy w okresie 6 miesięcy od dnia rozwiązania poprzedniej Umowy.

## § 6

### ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Klientowi przysługuje prawo do odstąpienia od Umowy w terminie 14 dni od Daty zawarcia umowy. Wzór formularza odstąpienia od Umowy stanowi załącznik nr 2 do OWSU.
2. W przypadku odstąpienia, o którym mowa w ust. 1, Klient niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni otrzyma zwrot Opłaty na wskazany w formularzu odstąpienia rachunek bankowy. Dla zakupów dokonanych w Sklepie Internetowym zwrot odbywa się zgodnie z regulaminem Sklepu.
3. Odpowiedzialność Medicover z tytułu Umowy wygasa:
  - a) w ostatnim dniu okresu na jaki została zawarta Umowa, o ile Klient nie zaakceptuje warunków kolejnej Umowy,
  - b) w dniu śmierci Klienta,
  - c) w odniesieniu do konkretnego Uprawnionego: w dniu śmierci Uprawnionego lub w ostatnim dniu Roku umowy następującym po dniu, kiedy Uprawniony ukończył 67 rok życia, a w odniesieniu do Dzieci – 18 rok życia.
4. Medicover ma prawo rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym z Klientem z ważnego powodu tj. jeśli Klient nie ureguluje Opłat wynikających z zawartej Umowy, choćby za jeden Okres płatności, jednakże Medicover wezwie Klienta przez rozwiązaniem Umowy do uiszczenia zaległej Opłaty wyznaczając w tym celu dodatkowy 7 dniowy termin, licząc od daty wystawienia Klientowi wezwania do zapłaty.
5. W przypadku gdy zawarcie Umowy wiązało się z przyznaniem Klientowi przez Medicover rabatów przy naliczaniu wysokości opłaty, Medicover jest uprawniony do zwrotu wartości finansowej wynikającej z wielkości udzielonych rabatów do opłaty jeśli Klient wypowiedział umowę przed upływem okresu, na który została zawarta Umowa.

## § 7

### ŚWIADCZENIA

1. Uprawnionemu przysługują Usługi medyczne uzasadnione z medycznego punktu widzenia, objęte wybranym Zakresem umowy.
2. Medicover ma prawo odmówić udzielenia świadczenia w przypadku, gdy Uprawniony, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej, nie wymaga wykonania Usługi medycznej lub jej wykonanie spowodowałoby zagrożenie zdrowia lub życia Uprawnionego.
3. Jeśli Opłata za Umowę nie została uiszczona w terminie, Medicover wyznaczy dodatkowy, co najmniej 7 dniowy termin zapłaty, po bezskutecznym upływie którego Uprawnionemu przysługują Usługi medyczne tylko w przypadku Nieszczęśliwego wypadku powodującego zagrożenie życia.
4. W celu uzyskania Usługi medycznej Uprawniony powinien:

- a) skontaktować się z Centrum Obsługi Klienta lub z wybraną Placówką Medyczną Medicover – osobiście, telefonicznie lub za pośrednictwem innych kanałów łączności udostępnianych przez daną Placówkę Medyczną Medicover,
- b) uzgodnić termin wykonania Usługi medycznej i przybyć w uzgodnionym terminie do Placówki Medycznej Medicover lub poinformować tę Placówkę o rezygnacji z usługi medycznej nie później niż 6 godzin przed jej terminem,
- c) okazać dokument tożsamości ze zdjęciem w Placówce Medycznej Medicover, dla potwierdzenia tożsamości Uprawnionego; Medicover zastrzega, że w przypadku braku możliwości identyfikacji tożsamości Uprawnionego, Placówka Medyczna Medicover może odmówić wykonania Usługi medycznej, z wyjątkiem stanu zagrożenia życia Uprawnionego,
- d) przestrzegać regulaminu Placówki Medycznej Medicover oraz zastosować się do poleceń i wskazań otrzymanych od jej personelu.

## § 8

### OPŁATA I INNE NALEŻNOŚCI

1. Opłatę oblicza się na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zawarcia Umowy, przy czym Opłata uzależniona jest od:
  - a) zakresu umowy,
  - b) wieku Uprawnionego,
  - c) liczby osób w ramach Umowy rodzinnej,
  - d) Okresu Płatności wskazanego w Wniosku o zawarcie Umowy,
  - e) formy płatności.
2. Pierwsza Opłata uiszczana jest z góry w terminie 7 dni od daty podpisania Wniosku o zawarcie Umowy. Opłaty za kolejne Okresy płatności dokonywane są z góry na rachunek bankowy Medicover wskazany każdorazowo na fakturze VAT, Faktury za kolejne Okresy Płatności będą wystawiane pomiędzy 8 a 12 dniem ostatniego miesiąca poprzedzającego Okres Płatności, z 14 dniowym terminem płatności od dnia wystawienia.
3. Opłata może być uiszczana: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie. Opłata uiszczana jest w formie przelewu. Dla zakupów dokonanych w Sklepie Internetowym Opłata jest uiszczana zgodnie z regulaminem Sklepu
4. Opłatę uważa się za uiszczoną w dniu uznania na rachunku bankowym Medicover pełnej wymaganej Opłaty.
5. Jeśli Uprawniony jest objęty Zakresem Umowy Standard, Classic, Medium, korzystając z wybranych Usług medycznych zobowiązany jest do wnoszenia opłat w wysokościach wskazanych w Umowie. Opłaty są pokrywane przez Uprawnionego w następujący sposób:
  - a) w przypadku uzyskania Usługi medycznej w Centrum Medicover, w Centrum Medycznym Damiana – opłata jest pobierana przed wykonaniem Usługi medycznej (gotówką lub kartą płatniczą),
  - b) w przypadku uzyskania Usługi medycznej w Placówce Medycznej Medicover poza Centrum Medicover, Centrum Medycznym Damiana, – opłata jest pobierana przed wykonaniem Usługi medycznej (gotówką lub kartą płatniczą) lub Uprawniony jest obciążany opłatą po realizacji Usługi medycznej, w terminie do 30 dni, od chwili gdy Medicover Sp. z o. o. zostanie poinformowany o realizacji usługi medycznej przez faktycznego świadczeniodawcę tej usługi. Uprawniony obowiązany jest do zapłaty należności, w terminie 14 dni od daty wystawienia faktury przez Medicover Sp. z o. o., dostarczonej na adres korespondencyjny Uprawnionego.

## § 9

### PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. Medicover jest zobowiązany:
  - a) doręczyć Klientowi tekst OWSU przed zawarciem Umowy,
  - b) wydać Klientowi Certyfikat.
2. Klient jest zobowiązany do terminowego regulowania Opłat w wysokości i terminach określonych na fakturze VAT.
3. W przypadku wyboru Zakresu umowy Standard, Classic, Medium, Klient jest zobowiązany do poinformowania Uprawnionego o opłatach związanych z korzystaniem z Usług medycznych.

## § 10

### POSTĘPOWANIE W SPRAWACH SKARG I ZAŻALEŃ

Skargi są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania, a o sposobie ich rozpatrzenia osoba, która je złożyła, jest informowana niezwłocznie po ich rozpatrzeniu.

## § 11

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane do Medicover powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym, lub drogą elektroniczną na adres dok@medicover.pl
2. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia kierowane będą do Klienta i/lub Uprawnionego na piśmie i przesłane listem zwykłym lub poleconym, na adres korespondencyjny Klienta i/lub Uprawnionego lub drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany we wniosku o zawarcie Umowy. W przypadku zakupu poprzez Sklep Internetowy, zawiadomienia i oświadczenia będą kierowane zgodnie z danymi już istniejącymi w systemie informatycznym Medicover.
3. Jeżeli Klient lub Uprawniony zmienił adres wskazany we wniosku o zawarcie Umowy jako korespondencyjny lub adres e-mail i nie zawiadomił o tym Medicover, przyjmuje się, że Medicover dopełnił swojego obowiązku zawiadomienia lub oświadczenia, jeżeli pismo zostało wysłane pod ostatni znany Medicover adres korespondencyjny Klienta lub Uprawnionego. W przypadku zakupu dokonane przez Sklep Internetowy, Klient zobowiązany jest aktualizacji danych osobowych i adresowych w systemie informatycznym Medicover osobiście w Centrum Medicover.

## § 12

Lista załączników będących integralną częścią OWSU:

- Załącznik nr 1 do OWSU – Zakres umowy, określający listę Usług medycznych przysługujących Uprawnionym w ramach poszczególnych Zakresów umowy.
- Załącznik nr 2 do OWSU – Formularz odstąpienia od Umowy.

Niniejsze OWSU zostają wprowadzone do obrotu z dniem 15.03.2016 i mają zastosowanie do umów zawartych od tej daty.

Medicover Sp. z o.o.



## ZAŁĄCZNIK NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW ŚWIADCZENIA USŁUG “OPIEKA DLA CIEBIE I RODZINY” NR 1/2016 - ZAKRES ŚWIADCZEŃ

	STANDARD	STANDARD	CLASSIC	CLASSIC	MEDIUM	MEDIUM
<b>POMOC W NAGŁYCH PRZYPADKACH</b>						
<b>HOT LINE MEDICOVER</b>						
Porady informacyjne w nagłych wypadkach (24h)	+	+	+	+	+	+
<b>POGOTOWIE RATUNKOWE</b>						
Usługi Pogotowia Ratunkowego są świadczone w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku w Obszarze udzielania świadczeń. Wezwanie karetki odbywa się za pośrednictwem Hot Line Medicoover, której dyspozytorzy, na podstawie uzyskanych informacji, określają czy uzasadnione jest wysłanie karetki.	+	+	+	+	+	+
<b>WIZYTY DOMOWE</b>						
Wizyty domowe (lekarza rodzinnego, internisty lub pediatry) świadczone są w razie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku w Obszarze udzielania świadczeń. Umówienie wizyty domowej odbywa się za pośrednictwem Hot Line Medicoover, której dyspozytorzy określają, na podstawie uzyskanych informacji, czy wizyta domowa jest uzasadniona.	-	-	-	-	15 zł (Limit: 2 razy w roku)	+
<b>KONSULTACJE LEKARZY POMOCY DORAŻNEJ</b>						
Konsultacja lekarza pomocy dorażnej chirurgicznej	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja lekarza pomocy dorażnej ogólnej	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja lekarza pomocy dorażnej ortopedycznej	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja lekarza pomocy dorażnej pediatrycznej	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacje lekarzy pomocy dorażnej świadczone są w przypadku nagłego zachorowania oraz nieszczęśliwego wypadku, także poza godzinami pracy Centrów Medicoover. Wszystkie nagłe przypadki należy zgłaszać pod numer Hot Line Medicoover, której dyspozytorzy określają, na podstawie uzyskanych informacji, czy wymagane jest udzielenie pomocy w trybie doraźnym oraz wskażą miejsce jej wykonania.						
<b>KONSULTACJE LEKARZY</b>						
<b>KONSULTACJE LEKARZY PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>						
Konsultacja internisty	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja lekarza medycyny rodzinnej	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja pediatry	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
<b>KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW</b>						
<b>KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW - POZIOM PODSTAWOWY</b>						
Konsultacja dermatologa	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja dermatologa dziecięcego	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja ginekologa	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja ginekologa dziecięcego	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja okulisty	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja okulisty dziecięcego	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
<b>KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW - POZIOM ROZSZERZONY</b>						
Konsultacja chirurga	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja chirurga dziecięcego	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja kardiologa	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja kardiologa dziecięcego	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja neurologa	-	-	15 zł	+	15 zł	+

	STANDARD	STANDARD	CLASSIC	CLASSIC	MEDIUM	MEDIUM
Konsultacja neurologa dziecięcego	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja ortopedy	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja ortopedy dziecięcego	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja otolaryngologa	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja otolaryngologa dziecięcego	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja urologa	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja urologa dziecięcego	-	-	15 zł	+	15 zł	+
<b>KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW - POZIOM ZAAWANSOWANY</b> Dostępne na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Placówki medycznej Medicoover.						
Konsultacja chirurga naczyniowego	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja chirurga onkologa	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja chirurga onkologa dziecięcego	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja diabetologa	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja diabetologa dziecięcego	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja ginekologa - onkologa	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja hematologa	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja hematologa dziecięcego	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja hepatologa	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja lekarza chorób zakaźnych	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja nefrologa	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja nefrologa dziecięcego	-	-	-	-	15 zł	+
Konsultacja onkologa	-	-	-	-	15 zł	+
Medycyna podróży - konsultacja lekarska	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
<b>KONSULTACJE PIELĘGNIARSKIE</b>						
Konsultacja pielęgniarki zabiegowej	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Konsultacja położnej	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
<b>ZABIEGI AMBULATORYJNE</b> Dostępne na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Placówki medycznej Medicoover.						
<b>ZABIEGI PIELĘGNIARSKIE</b>						
Badanie moczu - test paskowy	+	+	+	+	+	+
Cholesterol we krwi włośniczkowej - oznaczenie testem paskowym	+	+	+	+	+	+
Glukoza w krwi włośniczkowej oznaczona glukometrem	+	+	+	+	+	+
Inhalacje w stanach doraźnych w warunkach ambulatoryjnych	+	+	+	+	+	+
Lewatywa	+	+	+	+	+	+
Pobranie krwi	+	+	+	+	+	+
Podanie leku doustnie	+	+	+	+	+	+
Podanie leku per rectum	+	+	+	+	+	+
Pomiar ciśnienia tętniczego	+	+	+	+	+	+
Strep a test	+	+	+	+	+	+
Test actim CRP	+	+	+	+	+	+
Test troponinowy	+	+	+	+	+	+
Tlenoterapia	+	+	+	+	+	+
Zabieg pielęgniarstwa	+	+	+	+	+	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
<b>INIEKCJE</b>						
Iniekcja domięśniowa / podskórna	+	+	+	+	+	+
Iniekcja dożylna	+	+	+	+	+	+
Kroplówka	+	+	+	+	+	+
Założenie wenflonu	+	+	+	+	+	+
<b>ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE</b>						
Drobne zabiegi/wymiana sączka/opatrunku	-	-	+	+	+	+
Ewakuacja krwiaka z małżowiny usznej	-	-	-	-	+	+
Nacięcie ropnia przewodu słuchowego	-	-	+	+	+	+
Opatrunek uszny	-	-	+	+	+	+
Płukanie uszu	+	+	+	+	+	+
Tamponada nosa przednia	-	-	+	+	+	+
Tamponada nosa przednia, obustronna	-	-	+	+	+	+
Usunięcie ciała obcego z zakresu ORL	-	-	+	+	+	+
Usunięcie tamponady nosa	-	-	+	+	+	+
Usunięcie woskowiny	-	-	+	+	+	+
<b>ZABIEGI CHIRURGICZNE</b>						
Biopsja zmiany położonej podskórnie metodą przezskórną	-	-	-	-	+	+
Elektrokoagulacja zmiany skórnej / błony śluzowej	-	-	-	-	+	+
Kolejne płukanie rany/ropnia	-	-	+	+	+	+
Kriochirurgiczne usunięcie zmiany skórnej	-	-	-	-	+	+
Nacięcie i drenaż krwiaka skóry i tkanek podskórnych	-	-	+	+	+	+
Nacięcie i drenaż krwiaka skóry i tkanek podskórnych, u dzieci	-	-	+	+	+	+
Nacięcie i drenaż ropnia skóry i tkanek podskórnych/zanokcicy	-	-	+	+	+	+
Nacięcie i drenaż zakażeń ran skóry i tkanek podskórnych	-	-	+	+	+	+
Nacięcie i usunięcie ciała obcego skóry i tkanek podskórnych	-	-	+	+	+	+
Nacięcie i usunięcie ciała obcego skóry i tkanek podskórnych, u dzieci	-	-	+	+	+	+
Nacięcie ropnia (kończyny)	-	-	+	+	+	+
Nacięcie ropnia sutka	-	-	+	+	+	+
Nacięcie zanokcicy palca, ręki lub stopy u dzieci (zapalenie wału paznokciowego), u dzieci	-	-	+	+	+	+
Obcięcie lub ścięcie łagodnych zmian hiperkeratotycznych (np. odcisku lub modzela), u dzieci	-	-	-	-	+	+
Odklejenie nalepki w znieczuleniu powierzchniowym (emla)	-	-	-	-	+	+
Pobranie wycinków skóry	-	-	+	+	+	+
Proste zamknięcie powierzchownych ran skóry, do 10 cm, u dzieci	-	-	+	+	+	+
Proste zamknięcie powierzchownych ran skóry, do 5 cm, u dzieci	-	-	+	+	+	+
Punkcja aspiracyjna ropnia, krwiaka, pęcherza lub torbieli skóry lub tkanek podskórnych	-	-	+	+	+	+
Resekcja klinowa wrastającego paznokcia	-	-	-	-	+	+
Rozciąganie nalepki	-	-	-	-	+	+
Rozklejanie warg sromowych w znieczuleniu powierzchniowym (emla)	-	-	-	-	+	+
Usunięcie ciała obcego	-	-	+	+	+	+
Usunięcie guzków skóry (kaszak, włókniak, tłuszczak), u dzieci	-	-	-	-	+	+
Usunięcie kaszaka	-	-	-	-	+	+
Usunięcie paznokcia	-	-	+	+	+	+
Usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite	-	-	+	+	+	+
Usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite, proste; pojedyncza, u dzieci	-	-	-	-	+	+
Usunięcie znamion barwnikowych lub zmian naczyniowych w znieczuleniu miejscowym, u dzieci	-	-	-	-	+	+
Usuwanie brodawek skóry	-	-	-	-	+	+
Wstępne lub kolejne leczenie, oparzenie drugiego stopnia, leczenie miejscowe (opatrunek), dorośli	-	-	+	+	+	+
Wstępne lub kolejne leczenie, oparzenie drugiego stopnia, leczenie miejscowe (opatrunek), poniżej 1 roku życia u dzieci	-	-	+	+	+	+
Wstępne lub kolejne leczenie, oparzenie drugiego stopnia, leczenie miejscowe (opatrunek), powyżej 1 roku życia u dzieci	-	-	+	+	+	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Wstępne lub kolejne leczenie, oparzenie pierwszego stopnia, leczenie miejscowe (opatrunek), dorośli	-	-	+	+	+	+
Wstępne lub kolejne leczenie, oparzenie pierwszego stopnia, leczenie miejscowe (opatrunek), poniżej 1 roku życia, u dzieci	-	-	+	+	+	+
Wstępne lub kolejne leczenie, oparzenie pierwszego stopnia, leczenie miejscowe (opatrunek), powyżej 1 roku życia u dzieci	-	-	+	+	+	+
Wycięcie łagodnych zmian hiperkeratotycznych (np. odcisku lub modzela)	-	-	-	-	+	+
Wycięcie małej zmiany podskórnej do 1,5 cm	-	-	+	+	+	+
Wycięcie małej zmiany skórnej do 1,5 cm	-	-	+	+	+	+
Wycięcie paznokcia i klinowe wycięcie wału paznokciowego, u dzieci	-	-	-	-	+	+
Wycięcie pojedynczego znamienia barwnikowego, u dzieci	-	-	-	-	+	+
Wycięcie średniej zmiany podskórnej powyżej 1,5 cm	-	-	-	-	+	+
Wycięcie średniej zmiany skórnej powyżej 1,5 cm	-	-	-	-	+	+
Wycięcie zmiany skórnej/podskórnej powyżej 3cm bez działań plastycznych	-	-	-	-	+	+
Wyłuszczenie/zniszczenie zmiany skórnej	-	-	+	+	+	+
Założenie / zmiana opatrunku dużego	-	-	+	+	+	+
Założenie/zmiana opatrunku	-	-	+	+	+	+
Założenie/zmiana opatrunku oparzeniowego	-	-	+	+	+	+
Zdjęcie szwów	-	-	+	+	+	+
Zeszycie rany do 3 cm	-	-	+	+	+	+
Zeszycie rany pow. 3 cm	-	-	+	+	+	+
Zeszycie rany twarzy do 3 cm	-	-	+	+	+	+
Znieczulenie miejscowe / nasiątkowe do zabiegu	-	-	+	+	+	+
<b>ZABIEGI ORTOPEDYCZNE</b>						
Aspiracja/wstrzyknięcie do torbieli, w tkanki miękkie	-	-	+	+	+	+
Blokada okołostawowa	-	-	+	+	+	+
Nacięcie krwiaka i sączkowania	-	-	+	+	+	+
Nastawienie złamania bez stabilizacji wewnętrznej	-	-	+	+	+	+
Opatrunek usztywniający gipsowy	-	-	+	+	+	+
Opatrunek usztywniający gipsowy (podudzie)	-	-	+	+	+	+
Opatrunek usztywniający gipsowy (przedramieniowo-ramienny)	-	-	+	+	+	+
Opatrunek usztywniający gipsowy (ręka i przedramię)	-	-	+	+	+	+
Opatrunek usztywniający gipsowy (udowo-podudziowy)	-	-	+	+	+	+
Opatrunek usztywniający gipsowy unieruchamiający kolano	-	-	+	+	+	+
Punkcja dołu podkolanowego pod kontrolą USG	-	-	-	-	+	+
Punkcja stawu bez lub z podaniem leku	-	-	+	+	+	+
Punkcja stawu bez lub z podaniem leku u dzieci	-	-	+	+	+	+
Punkcja stawu/torbieli	-	-	+	+	+	+
Punkcja stawu/torbieli z podaniem leku	-	-	+	+	+	+
Usunięcie opatrunku unieruchamiającego	-	-	+	+	+	+
Wstrzyknięcie leku do stawu	-	-	+	+	+	+
Założenie gipsu dużego	-	-	+	+	+	+
Założenie gipsu małego	-	-	+	+	+	+
Założenie gorsetu Jevetta, sznurówki lędźwiowej, masy termoplastycznej	-	-	+	+	+	+
Założenie gorsetu Jevetta, sznurówki lędźwiowej, masy termoplastycznej u dzieci	-	-	+	+	+	+
Założenie i dopasowanie kołnierza ortopedycznego miękkiego	-	-	+	+	+	+
Założenie i dopasowanie kołnierza ortopedycznego sztywnego (np. Typ Philadelphia)	-	-	+	+	+	+
Założenie opaski gipsowej syntetycznej	-	-	+	+	+	+
Założenie szyny Kramera	-	-	+	+	+	+
Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej, kończynie górnej	-	-	+	+	+	+
Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej, kończynie górnej u dziecka	-	-	+	+	+	+
Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej, kończynie górnej	-	-	+	+	+	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej, kończynie górnej u dziecka	-	-	+	+	+	+
Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego na tułowiu i obręczy barkowej	-	-	+	+	+	+
Zastosowanie ortozy na kończynie górnej lub dolnej	-	-	+	+	+	+
Zastosowanie ortozy na kończynie górnej lub dolnej u dziecka	-	-	+	+	+	+
Zastosowanie ortozy na tułowiu i obręczy barkowej	-	-	+	+	+	+
Zastosowanie ortozy na tułowiu i obręczy barkowej u dziecka	-	-	+	+	+	+
Zdjęcie opatrunku usztywniającego	-	-	+	+	+	+
<b>ZABIEGI GINEKOLOGICZNE</b>						
Ablacja laserem zmian na szyjce macicy	-	-	-	-	+	+
Biopsja błony śluzowej pochwy; po wykonaniu kolposkopii	-	-	-	-	+	+
Krioterapia kłykcin zmian pochwy i sromu	-	-	-	-	+	+
Krioterapia zmian na szyjce macicy	-	-	-	-	+	+
Leczenie nadżerki szyjki macicy - elektrokoagulacja	-	-	-	-	+	+
Leczenie nadżerki szyjki macicy - krioterapia	-	-	-	-	+	+
Leczenie nadżerki szyjki macicy - laser	-	-	-	-	+	+
Leczenie nadżerki szyjki macicy - solcogyn	-	-	+	+	+	+
Opatrunek z fiblaferonu	-	-	+	+	+	+
Usunięcie wkładki wewnątrzmacicznej	-	-	-	-	+	+
Założenie wkładki wewnątrzmacicznej	-	-	-	-	+	+
<b>ZABIEGI UROLOGICZNE</b>						
Cewnikowanie pęcherza moczowego	-	-	+	+	+	+
Odklejenie napletka, u dzieci	-	-	-	-	+	+
Usunięcie kłykcin prącia laserem	-	-	-	-	+	+
Wymiana cewnika	-	-	+	+	+	+
<b>PROCEDURY ZABIEGOWE</b>						
Pobranie cytologii	+	+	+	+	+	+
Pobranie wymazu na posiew	-	-	+	+	+	+
Pobranie wymazu z kanału szyjki macicy	-	-	+	+	+	+
Pobranie wymazu z pochwy	-	-	+	+	+	+
Wprowadzenie cewnika do pęcherza moczowego u dziecka pon 16 roku życia	-	-	+	+	+	+
<b>INNE ZABIEGI AMBULATORYJNE</b>						
Dermatoskopia	+	+	+	+		+
Krioterapia ciekłym azotem N2	-	-	-	-		+
<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE</b>						
Dostępne na podstawie skierowania wystawionego przez lekarza Placówki medycznej Medcover.						
<b>BADANIA MOCZU</b>						
Mocz - badanie ogólne	+	+	+	+	+	+
Mocz - białko	+	+	+	+	+	+
Mocz - Białko Bence - Jonesa metodą immunofiksacji	-	-	-	-	+	+
Mocz - ciężar właściwy	+	+	+	+	+	+
Mocz - cytologia	-	-	-	-	+	+
Mocz - glukoza	+	+	+	+	+	+
Mocz - krwinki dysmorficzne	-	-	-	-	+	+
Mocz - liczba Addisa	-	-	-	-	+	+
Mocz - mikroalbuminuria	-	-	+	+	+	+
Mocz dobowy - białko	-	-	+	+	+	+
Mocz dobowy - glukoza	-	-	+	+	+	+
Mocz dobowy - poziom miedzi Cu	-	-	-	-	+	+
Mocz dobowy - mikroalbuminuria	-	-	+	+	+	+
<b>BADANIA STOLCA</b>						
Badanie w kierunku owsików	-	-	+	+	+	+
Kał - badanie ogólne	-	-	+	+	+	+
Kał - krew utajona	-	-	+	+	+	+
Kał - Lamblie	-	-	+	+	+	+
Kał - Lamblie met. ELISA	-	-	+	+	+	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Kał - pasożyty (1 badanie)	-	-	+	+	+	+
Kał na stopień strawienia	-	-	+	+	+	+
<b>HEMATOLOGIA</b>						
Eozynofilia bezwzględna - krew	-	-	+	+	+	+
Erytrocyty - oporność osmotyczna - krew	-	-	-	-	+	+
Hemoglobina płodowa	-	-	-	-	+	+
Leukocyty - fosfataza zasadowa - krew	-	-	-	-	+	+
Leukogram	-	-	+	+	+	+
Morfologia krwi+ weryfikacja ilości płytek (wersenian + heparyna)	-	-	+	+	+	+
Morfologia krwi+ weryfikacja ilości płytek (wersenian + cytrynian)	-	-	+	+	+	+
Morfologia pełna - analizator - krew	+	+	+	+	+	+
Morfologia pełna - analizator - krew włóścizkowa	+	+	+	+	+	+
Morfologia pełna - rozmaz mikroskopowy - krew	+	+	+	+	+	+
Morfologia pełna - rozmaz mikroskopowy - krew włóścizkowa	+	+	+	+	+	+
Odczyn Biernackiego - OB - krew	-	-	+	+	+	+
Płytki krwi metodą manualną	-	-	-	-	+	+
Płytki krwi we krwi kapilarnej	-	-	+	+	+	+
Retikulocyty - krew	-	-	+	+	+	+
Retikulocyty - krew włóścizkowa	-	-	+	+	+	+
Rozmaz mikroskopowy krwi obwodowej	-	-	+	+	+	+
<b>BIOCHEMIA</b>						
Aktywność reninowa osocza (ARO)	-	-	-	-	+	+
Albumina - surowica	-	-	+	+	+	+
Alfa 1 - antytrypsyna	-	-	-	-	+	+
Aminotransferaza alaninowa - ALT (GPT)	+	+	+	+	+	+
Aminotransferaza asparaginianowa - AST (GOT)	+	+	+	+	+	+
Amylaza - mocz	+	+	+	+	+	+
Amylaza - surowica	+	+	+	+	+	+
Amylaza trzustkowa - mocz	-	-	+	+	+	+
Amylaza trzustkowa - surowica	-	-	+	+	+	+
Beta-2-mikroglobulina (mocz)	-	-	-	-	+	+
Beta-2-mikroglobulina (surowica)	-	-	-	-	+	+
Białko całkowite - surowica	-	-	+	+	+	+
Białko monoklonalne metodą immunofiksacji	-	-	-	-	+	+
Białko ostrej fazy - CRP - ilościowo	+	+	+	+	+	+
Białko ostrej fazy - CRP jakościowo	+	+	+	+	+	+
Bilirubina całkowita - surowica	-	-	+	+	+	+
Bilirubina całkowita i frakcje - surowica	-	-	+	+	+	+
Całkowita zdolność surowicy do wiązania żelaza - TIBC	-	-	-	-	+	+
Chlorki - mocz dobowy	-	-	+	+	+	+
Chlorki - surowica	-	-	+	+	+	+
Chlorki w pocie	-	-	+	+	+	+
Cholesterol całkowity	+	+	+	+	+	+
Cholesterol HDL	+	+	+	+	+	+
Cholesterol LDL metodą bezpośrednią	+	+	+	+	+	+
Dehydrogenaza mleczanowa - LDH	-	-	+	+	+	+
Elektroforeza białek - mocz	-	-	-	-	+	+
Elektroforeza białek - surowica	-	-	-	-	+	+
Ferrytyna	-	-	+	+	+	+
Fosfataza alkaliczna - ALP	-	-	+	+	+	+
Fosfataza alkaliczna frakcja B ALP-B	-	-	+	+	+	+
Fosfataza kwaśna - całkowita - AcP	-	-	+	+	+	+
Fosfataza kwaśna sterczowa - AcPP	-	-	+	+	+	+
Fosfor - mocz	-	-	+	+	+	+
Fosfor - mocz dobowy	-	-	+	+	+	+
Fosfor - surowica	-	-	+	+	+	+
Fruktozamina - surowica	-	-	+	+	+	+
Galaktoza w moczu	-	-	-	-	+	+
Galaktoza w surowicy	-	-	-	-	+	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Gammaglutamylotranspeptydaza - GGTP	-	-	+	+	+	+
Glikemia przygodna	+	+	+	+	+	+
Glukoza - wyciek z nosa/ucha	-	-	+	+	+	+
Glukoza (oznaczenie przypadkowe)	+	+	+	+	+	+
Glukoza 1h po posiłku	-	-	+	+	+	+
Glukoza 2h po posiłku we krwi żyłnej	-	-	+	+	+	+
Glukoza 30 min po posiłku	-	-	+	+	+	+
Glukoza 90 minut po posiłku	-	-	+	+	+	+
Glukoza na czczo we krwi żyłnej	+	+	+	+	+	+
Glukoza po 50g glukozy - oznaczenie po 1h	-	-	+	+	+	+
Glukoza po 50g glukozy - oznaczenie po 2h	-	-	+	+	+	+
Glukoza po 75 gr po 4 godz.	-	-	+	+	+	+
Glukoza po 75g glukozy - oznaczenie po 1h	-	-	+	+	+	+
Glukoza po 75g glukozy - oznaczenie po 2h	-	-	+	+	+	+
Glukoza po 75g glukozy - oznaczenie po 3h	-	-	+	+	+	+
Glukoza przed posiłkiem we krwi żyłnej	-	-	+	+	+	+
Hemoglobina glikowana	-	-	+	+	+	+
hs CRP	-	-	+	+	+	+
Immunoefektroforeza	-	-	-	-	+	+
Immunoglobulina A - IgA	-	-	-	-	+	+
Immunoglobulina G - IgG	-	-	-	-	+	+
Immunoglobulina M - IgM	-	-	-	-	+	+
Kinaza kreatynowa - CK	+	+	+	+	+	+
Kinaza kreatynowa frakcja sercowa - CKMB	+	+	+	+	+	+
Kinaza kreatynowa frakcja sercowa - CKMB-MASS	+	+	+	+	+	+
Klirens kreatyniny (wyliczony)	-	-	-	-	+	+
Kreatynina - mocz	-	-	+	+	+	+
Kreatynina - mocz dobowy	-	-	+	+	+	+
Kreatynina - surowica	-	-	+	+	+	+
Krzywa wchłaniania glukozy	-	-	+	+	+	+
Kwas foliowy	-	-	-	-	+	+
Kwas mlekowy (osocze)	-	-	+	+	+	+
Kwas moczowy - mocz	-	-	+	+	+	+
Kwas moczowy - mocz dobowy	-	-	+	+	+	+
Kwas moczowy - surowica	-	-	+	+	+	+
Kwasy żółciowe (surowica)	-	-	+	+	+	+
Lipaza - surowica	-	-	+	+	+	+
Lipidogram	+	+	+	+	+	+
Magnez - mocz	-	-	+	+	+	+
Magnez - mocz dobowy	-	-	+	+	+	+
Magnez - surowica	-	-	+	+	+	+
Mioglobina	-	-	+	+	+	+
Mocznik - mocz dobowy	-	-	+	+	+	+
Mocznik - surowica	-	-	+	+	+	+
Mocznik (mocz)	-	-	+	+	+	+
Potas - mocz	-	-	+	+	+	+
Potas - mocz dobowy	-	-	+	+	+	+
Potas - surowica	+	+	+	+	+	+
Prokalcytonina	-	-	-	-	+	+
Rozpuszczalny receptor transferyny (rTRF)	-	-	-	-	+	+
Saturacja transferyny (wyliczona)	-	-	-	-	+	+
Seromukoid	-	-	-	-	+	+
Sód - mocz dobowy	-	-	+	+	+	+
Sód - surowica	+	+	+	+	+	+
Transferyna	-	-	-	-	+	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Troponina I	+	+	+	+	+	+
Troponina T	+	+	+	+	+	+
Trójglicerydy TG	+	+	+	+	+	+
Wapń - mocz	-	-	+	+	+	+
Wapń - mocz dobowy	-	-	+	+	+	+
Wapń całkowity - surowica	-	-	+	+	+	+
Wapń zjonizowany - krew	-	-	-	-	+	+
Witamina B12	-	-	-	-	+	+
Wolna hemoglobina w surowicy	-	-	-	-	+	+
Żelazo na czczo - surowica	-	-	+	+	+	+
Żelazo x 5 - surowica - krzywa wchłaniania żelaza	-	-	-	-	+	+
Żelazo- surowica po 1 h	-	-	-	-	+	+
Żelazo- surowica po 2 h	-	-	-	-	+	+
Żelazo- surowica po 3 h	-	-	-	-	+	+
Żelazo- surowica po 5 h	-	-	-	-	+	+
Żelazo- surowica po 6 h	-	-	-	-	+	+
<b>SEROLOGIA GRUP KRWI</b>						
Badanie przegładowe alloprzeciwciał (anty-RH i inne)	-	-	+	+	+	+
Grupa krwi	-	-	+	+	+	+
Grupa krwi i alloprzeciwciała odpornościowe (anty Rh i inne)	-	-	+	+	+	+
Krew karta	-	-	+	+	+	+
Odczyn Coombsa bezpośredni (ATM)	-	-	-	-	+	+
Odczyn Coombsa pośredni	-	-	-	-	+	+
Oznaczenie antygenów na krwinkach	-	-	+	+	+	+
Oznaczenie słabej formy antygeny D	-	-	+	+	+	+
<b>KOAGULOLOGIA</b>						
Agregacja płytek krwi	-	-	-	-	+	+
Antytrombina III (AT III)	-	-	+	+	+	+
APTT (czas kaolinowo-kefalinowy)	-	-	+	+	+	+
Białko C	-	-	+	+	+	+
Białko S	-	-	+	+	+	+
Czas krwawienia	-	-	-	-	+	+
Czas krzepnięcia pełnej krwi	-	-	-	-	+	+
Czas reptilazowy	-	-	-	-	+	+
D-dimery ilościowo (osocze)	-	-	+	+	+	+
D-dimery jakościowo (osocze)	-	-	+	+	+	+
Fibrynogen	-	-	+	+	+	+
PT (INR,Quick)	-	-	+	+	+	+
TT	-	-	+	+	+	+
<b>HORMONY</b>						
17 - OH Progesteron	-	-	+	+	+	+
Estradiol - E2	-	-	+	+	+	+
Estriol	-	-	+	+	+	+
Gonadotropina kosmówkowa frakcja beta - beta HCG	-	-	+	+	+	+
Hormon folikulotropowy - FSH	-	-	+	+	+	+
Hormon luteinotropowy - LH	-	-	+	+	+	+
Hormon tyreotropowy - TSH	-	-	+	+	+	+
Insulina	-	-	-	-	+	+
Insulina 30 minut po posiłku	-	-	-	-	+	+
Insulina 90 minut po posiłku	-	-	-	-	+	+
Insulina po 1 godz.	-	-	-	-	+	+
Insulina po 2 godz.	-	-	-	-	+	+
Peptyd C	-	-	-	-	+	+
Progesteron - P	-	-	+	+	+	+
Prolaktyna - PRL	-	-	+	+	+	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Próba ciążowa - mocz	-	-	+	+	+	+
Testosteron - T	-	-	+	+	+	+
Testosteron wolny (FTST)	-	-	+	+	+	+
<b>DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA INFEKCYJ</b>						
Adenowirus antygen -kał	-	-	+	+	+	+
Antygen Candida	-	-	-	-	+	+
ASO	-	-	-	-	+	+
ASO z wytrąceniem frakcji lipidowej	-	-	-	-	+	+
Awidność CMV IgG	-	-	+	+	+	+
Clostridium difficile - toksyna A i B w kale	-	-	+	+	+	+
Grzybica - badanie serologiczne	-	-	-	-	+	+
Hbe-antygen	-	-	-	-	+	+
HBs-antygen	-	-	+	+	+	+
Helicobacter pylori - antygen w kale	-	-	+	+	+	+
Mononukleoz (test przesiewowy)	-	-	+	+	+	+
Odczyn Widala	-	-	-	-	+	+
Pciała anty - HIV z antygenem p.24-test COMBO	-	-	+	+	+	+
Pciała anty HCV - RIBA	-	-	-	-	+	+
Pciała anty HIV1 / HIV2 metodą Western blot	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw - CMV IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw - CMV IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw - HAV całkowite	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw - HAV IgG	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw - HAV IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw - HBc IgM	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw - HBc total	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw - Hbe	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw - HBs całkowite	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw - HCV	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw - HIV 1 / HIV 2	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw aspergillozie	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Bordetella Pertussis IgA	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Bordetella Pertussis IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Bordetella Pertussis IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Bordetella Pertussis metodą OWD	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Borelia	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Borelia IgG	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Borelia IgG metodą Western blot	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Borelia IgM	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Borelia IgM metodą Western blot	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Brucella sp.	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw candidozie	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgA	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Chlamydia pneumoniae IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Chlamydia trachomatis IgA	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Chlamydia trachomatis IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Chlamydia trachomatis IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Coxsackie	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw EBV IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw EBV IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw enterowirusom IgG	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw enterowirusom IgM	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Helicobacter pylori IgG ilościowo	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Helicobacter pylori-jakościowo	-	-	+	+	+	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Pciała przeciw Herpes simplex IgG - ilościowo	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Herpes simplex IgG - jakościowo	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Herpes simplex IgM - ilościowo	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Herpes simplex IgM - jakościowo	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu IgG	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu IgM	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Legionella pneumophila IgA	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Legionella pneumophila IgG	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Legionella pneumophila IgM	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Listeria monocytogenes	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Mycoplasma pneumoniae IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Mycoplasma pneumoniae IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw odrze IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw odrze IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw ospie wietrznej IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw ospie wietrznej IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Riketsja IgG	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw Riketsja IgM	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw różyczce IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw różyczce IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw śwince IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw śwince IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw tężcowi	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw toxoplazmozii IgA	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw toxoplazmozii IgG	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw toxoplazmozii IgM	-	-	+	+	+	+
Pciała przeciw Yersinia sp.	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciwbąblowcowe	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciwko pneumocytozie IgM i IgG	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciwko Trichinella IgG	-	-	-	-	+	+
Posiew w kierunku rzęsistka pochwowego	-	-	+	+	+	+
Rotawirus antygen -kał	-	-	+	+	+	+
Serologia kılı (VDRL)	-	-	+	+	+	+
Toxo-awidność IgG	-	-	+	+	+	+
Toxoplazmoza - panel (IgG, IgM)	-	-	+	+	+	+
<b>IMMUNOLOGIA</b>						
Pciała antyerytrocytarne w diagnostyce niedokrwistości autoimmunohemolitycznych	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw B2GPI (beta 2 glikoproteinie 1)	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw fosfatydyloinozitolowi IgG i IgM	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw insulinie (anty AIA)	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw kardiolinie (IgM i IgG)	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw kardiolinie IgG	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw kardiolinie IgM	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw płytkom krwi	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciw retikulinie	-	-	-	-	+	+
Pciała przeciwko fosfatydyloserynie IgM	-	-	-	-	+	+
<b>ALERGOLOGIA</b>						
Gluten -F79	-	-	+	+	+	+
IgE całkowite	-	-	+	+	+	+
Mleko krowie -F2	-	-	+	+	+	+
<b>MARKERY</b>						
Alfafetoproteina	-	-	-	-	+	+
Antygen CA-125	-	-	-	-	+	+
Antygen CA-15-3	-	-	-	-	+	+



	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Antygen CA-19-9	-	-	-	-	+	+
Antygen rakowo-rodowy - CEA	-	-	-	-	+	+
Antygen swoisty dla prostaty - PSA całkowity	-	-	+	+	+	+
Antygen swoisty dla prostaty - PSA wolny	-	-	+	+	+	+
<b>POSEWY BAKTERYJNE</b>						
Chlamydia pneumoniae - wymaz z gardła	-	-	-	-	+	+
Chlamydia trachomatis - antygen	-	-	-	-	+	+
Kał na nosicielstwo Salmonella-Shigella (3 oznaczenia)	-	-	-	-	+	+
Mycoplasma/Ureaplasma-posiew + antybiogram	-	-	-	-	+	+
Mykogram	-	-	+	+	+	+
Posiew kału	-	-	+	+	+	+
Posiew kału rozszerzony o EPEC u dzieci do lat 3	-	-	+	+	+	+
Posiew kału w kier. Campylobacter sp.	-	-	+	+	+	+
Posiew kału w kier. Salmonella-Shigella	-	-	+	+	+	+
Posiew kału w kierunku enteropatogennej E.coli	-	-	+	+	+	+
Posiew kału w kierunku grzybów	-	-	+	+	+	+
Posiew kału w kierunku Yersinia sp.	-	-	+	+	+	+
Posiew mleka kobiecego	-	-	-	-	+	+
Posiew moczu	-	-	+	+	+	+
Posiew płynu stawowego	-	-	+	+	+	+
Posiew ropy	-	-	+	+	+	+
Posiew w kierunku bakterii beztlenowych	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu z kanału szyjki macicy	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu - bakterie tlenowe	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu z cewki moczowej	-	-	-	-	+	+
Posiew wymazu z gardła	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu z jamy ustnej	-	-	-	-	+	+
Posiew wymazu z kanału słuchowego	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu z nosa	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu z odbytu	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu z owrzodzenia / odleżyny - beztlenowe	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu z pępka	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu z pochwy	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu z rany	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu z worka spojówkowego	-	-	+	+	+	+
Posiew wymazu ze zmian skórnych	-	-	+	+	+	+
Stopień czystości pochwy	-	-	+	+	+	+
<b>INNE BADANIA LABORATORYJNE</b>						
Kamień moczowy - badanie składu	-	-	+	+	+	+
Płyn stawowy - badanie na obecność kryształów kwasu moczowego	-	-	+	+	+	+
Płyn stawowy - badanie ogólne	-	-	+	+	+	+
<b>BIOPSJE</b>						
Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa piersi	-	-	-	-	15 zł	+
Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa zmiany w tkance podskórnej	-	-	-	-	15 zł	+
Biopsja cienkoigłowa aspiracyjna pod kontrolą USG	-	-	-	-	15 zł	+
Biopsja jądra	-	-	-	-	15 zł	+
Biopsja skóry	-	-	-	-	15 zł	+
Biopsja szyjki macicy	-	-	-	-	15 zł	+
Biopsja ślinianki	-	-	-	-	15 zł	+
<b>BADANIA CYTOLOGICZNE I HISTOPATOLOGICZNE</b>						
Badanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej I narządu	-	-	-	-	15 zł	+
Badanie cytologiczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Badanie cytologiczne wydzieliny z sutka	-	-	-	-	15 zł	+
Badanie histopatologiczne dodatkowych skrawków seryjnych powyżej 2	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Badanie histopatologiczne materiału diagnostycznego - małego	-	-	15 zł	+	15 zł	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Badanie histopatologiczne wycinków skóry	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Badanie immunopatologiczne wycinka skóry	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Cytologia szyjki macicy	+	+	+	+	+	+
Dodatkowe barwienie histochemiczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Dodatkowe barwienie immunohistochemiczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
<b>BADANIA USG</b>						
Echo serca dorosli	-	-	-	-	15 zł	+
Echo serca dzieci	-	-	-	-	15 zł	+
Echo serca z Dopplerem	-	-	-	-	15 zł	+
USG dołów pachowych	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG gruczołu krokowego	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG jamy brzusznej	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG jąder	-	-	-	-	15 zł	+
USG klatki piersiowej i śródpiersia	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG miednicy mniejszej	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG przeciemięzkowe	-	-	-	-	15 zł	+
USG stawów biodrowych u dzieci	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG sutka	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG szyi	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG tarczycy	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG tkanek miękkich	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG transrektalne miednicy mniejszej	-	-	-	-	15 zł	+
USG transwaginalne miednicy mniejszej	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG układu moczowego	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG węzłów chłonnych pachwinowych	-	-	15 zł	+	15 zł	+
USG węzłów chłonnych szyjnych	-	-	15 zł	+	15 zł	+
<b>BADANIA RTG</b>						
Opis rtg z innej placówki	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg barków	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg barku – zdjęcia skośne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg barku AP	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg barku AP + zdjęcia osiowe	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg barku zdjęcia osiowe	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg czaszki AP + bok i tylny dół	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg czaszki PA + boczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg czaszki tylny dół	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg czaszki zdjęcie boczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg jama brzuszna - przeglądowe w pozycji leżącej	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg jama brzuszna - przeglądowe w pozycji stojącej	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg klatki piersiowej - bok	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Rtg klatki piersiowej PA	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Rtg klatki piersiowej PA+ boczne	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kości krzyżowo - ogonowej AP	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kości krzyżowo - ogonowej AP + boczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kości krzyżowo - ogonowej zdjęcie boczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kości łódeczkowatej	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kości ramiennej AP	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kości ramiennej AP + boczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kości ramiennej zdjęcie boczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłup piersiowy - zdjęcia czynnościowe	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłup piersiowy AP + zdjęcie boczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłup piersiowy zdjęcie boczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłup szyjny - czynnościowe	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłup szyjny - otwory międzykręgowce	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłup szyjny AP i boczne	-	-	15 zł	+	15 zł	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Rtg kręgosłup szyjny celowane na ząb obrotnika	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłup szyjny zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowy AP + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowy celowane L5-S1 bok	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowy zdjęcia czynnościowe	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłupa lędźwiowo - krzyżowy zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg kręgosłupa piersiowego - zdjęcia skośne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg łopatki (AP+ zdjęcia styczne)	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg łopatki AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg łopatki zdjęcia styczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg miednicy	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg mostka	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg nadgarstka AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg nadgarstka AP + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg nadgarstka zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg nosa	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg obojczyka	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg obu nadgarstków	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg obu pięt	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg obu podudzi - zdjęcia porównawcze	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg obu rąk	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg obu stawów kolanowych	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg obu stawów kolanowych w pozycji stojącej	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg obu stawów skokowych	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg obu stóp	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg oczodołów PA	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg oczodołów PA + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg określenie wieku kostnego	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg osiowe rzepek	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg palca ręki	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg palca stopy	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg pięty	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg pięty zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg pięty zdjęcie boczne + osiowe	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg pięty zdjęcie osiowe	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg podstawy czaszki	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg podudzia AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg podudzia AP + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg podudzia zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg przedramienia AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg przedramienia AP + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg przedramienia zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg ręki AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg ręki AP + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg ręki AP + skośne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg ręki zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawów biodrowych AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawów biodrowych AP + osiowe	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawów biodrowych zdjęcie osiowe	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawów krzyżowo-biodrowych	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawów łokciowych- zdjęcia porównawcze AP + profil	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawów mostkowo – obojczykowych	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu biodrowego AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu kolanowego AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu kolanowego AP + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+

	STANDARD	STANDARD □	CLASSIC	CLASSIC □	MEDIUM	MEDIUM □
Rtg stawu kolanowego zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu łokciowego AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu łokciowego AP + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu łokciowego zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu mostkowo-obojczykowego	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu skokowego AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu skokowego AP + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu skokowego zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stawu żuchwowo-skronowego	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stopy AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stopy AP + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg stopy zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg trzeciego migdała	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg tunelowe stawu kolanowego	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg twarzoczaszki PA	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg uda AP	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg uda AP + boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg uda zdjęcie boczne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg zatok	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg żeber	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Rtg żuchwy- zdjęcia skośne	–	–	15 zł	+	15 zł	+
<b>INNE BADANIA OBRAZOWE</b>						
Mammografia	–	–	–	–	15 zł	+
Mammografia jednej piersi	–	–	–	–	15 zł	+
<b>DIAGNOSTYKA KARDIOLOGICZNA</b>						
EKG spoczynkowe	+	+	+	+	+	+
Holter RR	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Holter EKG 24 godz.	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Próba wysiłkowa EKG	–	–	15 zł	+	15 zł	+
<b>DIAGNOSTYKA PULMONOLOGICZNA</b>						
Spirometria	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Spirometria z próbą rozkurczową	–	–	15 zł	+	15 zł	+
<b>DIAGNOSTYKA LARYNGOLOGICZNA</b>						
Audiometria impedancyjna (tympanogram)	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Audiometria impedancyjna + ocena funkcji trąbki słuchowej	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Audiometria słowna (mowy)	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Audiometria tonalna	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Audiometria tonalna i impedancyjna	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Elektronystagmografia (ENG)	–	–	–	–	15 zł	+
Otoemisje akustyczne	–	–	–	–	15 zł	+
Otoemisje akustyczne produktów zniekształceń liniowych ślimaka (dp)	–	–	–	–	15 zł	+
Test dyskryminacji mowy (TDM)	–	–	–	–	15 zł	+
<b>DIAGNOSTYKA OKA</b>						
Badanie dna oka	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Badanie ostrości wzroku - komputer	+	+	+	+	+	+
Badanie pola widzenia	–	–	+	+	+	+
Badanie pola widzenia - MATRIX	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Badanie wady wzroku - skiaskopia	+	+	+	+	+	+
Badanie widzenia barw	+	+	+	+	+	+
Badanie widzenia obuocznego i kąta zezu	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Badanie widzenia zmierzchoowego i reakcji na olśnienie	–	–	–	–	15 zł	+
Badanie wydzielania łez	–	–	15 zł	+	15 zł	+
Cytologia spojówki	–	–	–	–	15 zł	+
Egzoftalmometria	–	–	15 zł	+	15 zł	+
GDX - laserowe badanie grubości włókien nerwu wzrokowego	–	–	15 zł	+	15 zł	+

	STANDARD	STANDARD ☐	CLASSIC	CLASSIC ☐	MEDIUM	MEDIUM ☐
Gonioskopia	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Keratometria	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Krzywa dobowa ciśnienia wewnątrzgałkowego	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Pachymetria	-	-	-	-	15 zł	+
Pomiar ciśnienia śródgałkowego	+	+	+	+	+	+
Refraktometria	+	+	+	+	+	+
Topografia rogówki	-	-	15 zł	+	15 zł	+
UBM – biomikroskopia ultradźwiękowa	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Wolumetria tylnego odcinka	-	-	15 zł	+	15 zł	+
<b>DIAGNOSTYKA NEUROLOGICZNA</b>						
EEG Elektroencefalografia	-	-	15 zł	+	15 zł	+
EEG Elektroencefalografia - dzieci	-	-	15 zł	+	15 zł	+
Elektromiografia (EMG)	-	-	-	-	15 zł	+
Elektromiografia (EMG) - próba miasteczniczna	-	-	-	-	15 zł	+
Elektromiografia (EMG) - próba tężyczkowa	-	-	-	-	15 zł	+
Elektroencefalografia	-	-	-	-	15 zł	+
Krótką skalą oceny otępienia (mini mental scale)	-	-	-	-	15 zł	+
<b>DIAGNOSTYKA UKŁADU MOCZOWEGO</b>						
Badanie urodynamiczne	-	-	-	-	15 zł	+
Cystometria	-	-	-	-	15 zł	+
Uroflowmetria	-	-	-	-	15 zł	+
<b>INNA DIAGNOSTYKA</b>						
Kolposkopia	-	-	-	-	15 zł	+
Kolposkopia z biopsją; z badaniem histopatologicznym	-	-	-	-	15 zł	+
<b>WIZYTA PROFILAKTYCZNA</b>						
Wizyta Profilaktyczna to pierwszorazowa lub coroczna wizyta u lekarza prowadzącego (internisty lub lekarza rodzinnego), podczas której lekarz przeprowadza wywiad, badanie fizykalne oraz, w oparciu o Standard Profilaktyki, zleca odpowiednie badania, dopasowane do wieku i płci. W przypadku dodatkowych czynników ryzyka jak również rodzinnego występowania chorób przewlekłych, w tym nowotworowych, lekarz ustala zakres badań profilaktycznych indywidualnie. Dzięki ciągłości opieki, którą realizuje lekarz prowadzący, możliwe jest podczas wizyty profilaktycznej zlecenie badań niezbędnych do właściwego prowadzenia występujących u pacjenta chorób przewlekłych.	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+

	STANDARD	STANDARD ☐	CLASSIC	CLASSIC ☐	MEDIUM	MEDIUM ☐
<b>SZCZEPIENIE PRZECIWKO GRYPIE</b>						
Kwalifikacja do szczepienia (badanie lekarskie + pielęgniarstwa)	15 zł	+	15 zł	+	15 zł	+
Iniekcja + koszt szczepionki	+	+	+	+	+	+
<b>STOMATOLOGIA</b> Realizowana w Centrach Medicover						
Przeгляд jamy ustnej (1 w trakcie trwania umowy)	+	+	+	+	+	+
Scaling zębów	20% zniżki	20% zniżki	20% zniżki	20% zniżki	20% zniżki	20% zniżki
Piaskowanie zębów	20% zniżki	20% zniżki	20% zniżki	20% zniżki	20% zniżki	20% zniżki
Wybielanie zębów	15% zniżki	15% zniżki	15% zniżki	15% zniżki	15% zniżki	15% zniżki

Niniejszy załącznik zostaje wprowadzony do obrotu z dniem 15.03.2016 i ma zastosowanie do Umów zawartych od tej daty.