

Indywidualne Ubezpieczenie Zdrowotne PROMED



WARIANT PODSTAWOWY

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

- ☐ Indywidualnym
- ☐ Partnerskim
- ☐ Rodzinnym

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

Typ ubezpieczenia	Tryb płatności			
	Rocznie	Półrocznie	Kwartalnie	Miesięcznie
INDYWIDUALNY	1 464 zł	732 zł	366 zł	122 zł
PARTNERSKI	2 940 zł	1 470 zł	735 zł	245 zł
RODZINNY	4 560 zł	2 280 zł	1 140 zł	380 zł

* w przypadku ubezpieczenia typ indywidualny Składki ubezpieczeniowe podane są za osobę

Załącznik do Umowy Indywidualnego Ubezpieczenia Zdrowotnego PROMED

OGÓLNY WYKAZ ŚWIADCZEŃ

ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE	
Telefoniczna Pomoc Medyczna	•
Konsultacje online	•
Konsultacje specjalistów (wariant podstawowy)	•
Konsultacje specjalistów (wariant I)	• 12 specjalistów (dorośli – 7, dzieci – 5)
Zabiegi pielęgniarskie	•
Zabiegi ambulatoryjne (wariant I)	•
Panel badań laboratoryjnych bez skierowania	• świadczenie limitowane limit: 1 raz w roku
Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa (wariant podstawowy)	•
Wykaz Przychodni, w których realizowane są Świadczenia ambulatoryjne jest na bieżąco aktualizowany i dostępny jest pod adresem: https://www.luxmed.pl/pla-cowki	•

Dodatkowe informacje dotyczące oznaczeń w treści Szczegółowego Wykazu Świadczeń nazwy procedur medycznych oznaczone "*" lub opisane jako "Standardowe" – oznaczają procedury medyczne, które są powszechnie dostępne i powszechnie stosowane na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

SZCZEGÓŁOWY WYKAZ ŚWIADCZEŃ

I. ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE

§1 Telefoniczna pomoc medyczna 24/7

- Telefoniczna Pomoc Medyczna jest Świadczeniem zdrowotnym udzielanym w sytuacjach wymagających pilnego uzyskania porady. Świadczenie obejmuje możliwość skorzystania z Telefonicznej Pomocy Medycznej udzielanej przez specjalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarki) w zakresie interny/medycyny rodzinnej/pediatric/pielęgniarstwa pod numerem ogólnopolskiej Infolinii Grupy LUX MED, przez 24 godziny na dobę.
- W uzasadnionych medycznie przypadkach specjalista medyczny może skierować Ubezpieczonego na stacjonarną wizytę lekarską, zdecydować o wezwaniu karetki pogotowia lub skierować w trybie pilnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
- Podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej nie są wystawiane:
 - e-recepty na szczepionki,
 - leki silnie działające,
 - leki niosące za sobą możliwość uzależnienia,
 - antykonieczność postkoitalną (antykonieczność awaryjna), oraz
 - skierowania na badania, podczas których wykorzystuje się promieniowanie jonizujące,
 - skierowania na biopsje,
 - skierowania na badania endoskopowe,
 - skierowania na próby wysiłkowe.
- Świadczenie świadczeń w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej odbywa się wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego, który jest wskazany, jako osoba uprawniona do Świadczeń zdrowotnych z tytułu Telefonicznej

Pomocy Medycznej na podstawie zawartej Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczony nie może udostępniać świadczeń w postaci Telefonicznej Pomocy Medycznej innej osobie oraz ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez nią dane są zgodne ze stanem faktycznym.

5. Świadczenie Telefonicznej Pomocy Medycznej nie zastępuje:

- 1) świadczeń w stanie zagrożenia życia lub zdrowia;
- 2) konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego.

6. Ostateczna decyzja o wystawieniu e-recepty / e zwolnienia podczas Telefonicznej Pomocy Medycznej należy do Lekarza, który może odmówić wystawienia e- recepty / e – zwolnienia kierując się wskazaniami medycznymi oraz dobrem Ubezpieczonego.

§2 Konsultacje online

1. Konsultacja online jest świadczeniem medycznym realizowanym przez Operatora za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczonym możliwość interaktywnej indywidualnej rozmowy ze specjalistą medycznym (lekarzem, położną lub pielęgniarką) za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość tj. Portalu Pacjenta. Z Konsultacji online mogą skorzystać Ubezpieczeni, którzy posiadają pełny dostęp do Portalu Pacjenta. Dostępność czasowa Konsultacji online z udziałem lekarza, położnej oraz pielęgniarki wynika z grafiku specjalistów medycznych i widoczna jest w zakładce Konsultacje online. Ubezpieczony może wybrać kanał komunikacji: wideo, audio lub tekst.
2. Specjaliści medyczni odpowiadający na pytania mają wgląd do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, dzięki czemu w sytuacjach uzasadnionych medycznie mogą zlecić określone badania lub skierować do innego specjalisty. Konsultacja online udzielana jest wyłącznie po zalogowaniu przez Ubezpieczonego do Portalu Pacjenta, a treść Konsultacji online jest zapisywana i stanowi część dokumentacji medycznej Ubezpieczonego.
3. W zakres Konsultacji online wchodzić niżej wymienione porady specjalistów medycznych, w zakresie nie wymagającym osobistego kontaktu ze specjalistą:

○ interny/medycy rodzinnej (od 18 r.ż.)	○ pielęgniarstwa pediatricznego
○ pediatrii (do 18 r.ż.)	○ położnictwa
4. Konsultacja online ze specjalistą nie zastępuje konsultacji stacjonarnej, ponieważ nie umożliwia badania bezpośredniego.
5. W celu skorzystania z Konsultacji online Ubezpieczony po zalogowaniu się do konta na Portalu Pacjenta w zakładce „Konsultacje online” ustawia się w kolejce oczekujących na skorzystanie z świadczenia.
6. Świadczenie świadczeń w postaci Konsultacji online odbywa się wyłącznie na rzecz Ubezpieczonego, który zawarł Umowę lub który jest wskazany, jako osoba uprawniona do świadczeń medycznych z tytułu Konsultacji online. Ubezpieczony nie może udostępniać świadczenia w postaci Konsultacji online innej osobie. Ubezpieczony ponosi pełną odpowiedzialność zarówno cywilną, jak i karną za to, że podane przez niego dane są zgodne ze stanem faktycznym.
7. W ramach Konsultacji online Ubezpieczony otrzymuje świadczenie medyczne, w tym w ramach świadczenia mogą być wystawione:
 - 1) skierowanie na badania;
 - 2) skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania innej Porady Telemedycznej;
 - 3) skierowanie do innego specjalisty w celu uzyskania Świadczenia medycznego w ramach świadczenia stacjonarnej;
 - 4) e-recepta na leki do kontynuacji leczenia przewlekłego;
 - 5) e-recepta de novo w oparciu o dokumentację medyczną oraz wskazania medyczne wynikające z przebiegu Konsultacji online;
 - 6) orzeczenie w przypadku zaistnienia wskazań medycznych.

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

§3 Konsultacje specjalistów (wariant podstawowy)

1. Świadczenie daje możliwość uzyskania bez skierowania konsultacji lekarskich w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego.
2. Konsultacje są dostępne w następujących formach:
 - 1) w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez nas – w formie wizyt stacjonarnych;
 - 2) za pośrednictwem systemów łączności - w formie konsultacji telefonicznych lub wideo
 - 3) w Centrach Leczenia Infekcji– w formie wizyt stacjonarnych dedykowanych dla Ubezpieczonych z objawami infekcji, świadczonych w wybranych placówkach medycznych wskazanych przez nas.
3. Świadczenie- w zależności od formy dostarczenia - obejmuje: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

○ interny	○ pediatrii
○ Lekarza medycy rodzinnej	
4. Świadczenie Konsultacje specjalistów wariant podstawowy nie obejmuje:
 - 1) konsultacji Lekarzy dyżurnych,
 - 2) konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

§4 Konsultacje specjalistów (wariant I)

1. Świadczenie daje możliwość uzyskania bez skierowania konsultacji lekarskich w sytuacjach chorobowych, pomocy w nagłych zachorowaniach oraz poradnictwa ogólnomedycznego.
2. Konsultacje są dostępne w następujących formach:
 - 1) w ambulatoryjnych placówkach medycznych wskazanych przez nas – w formie wizyt stacjonarnych;
 - 2) za pośrednictwem systemów łączności - w formie konsultacji telefonicznych lub wideo
 - 3) w Centrach Leczenia Infekcji– w formie wizyt stacjonarnych dedykowanych dla Ubezpieczonych z objawami infekcji, świadczonych w wybranych placówkach medycznych wskazanych przez nas.
3. Świadczenie - w zależności od formy dostarczenia - obejmuje: wywiad, poradę lekarza specjalisty wraz z czynnościami podstawowymi niezbędnymi do postawienia diagnozy, podjęcia właściwej decyzji terapeutycznej oraz monitorowania leczenia i dotyczy konsultacji w następującym zakresie:

1) w przypadku Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji:

- | | |
|---|----------------------------------|
| ☐ chirurgii ogólnej | ☐ okulistyki |
| ☐ ginekologii | ☐ optometrii |
| ☐ laryngologii | ☐ urologii |
| ☐ neurologii | |

2) w przypadku Ubezpieczonych do 18 r.ż. – wizyty dotyczą konsultacji:

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

4. Świadczenie Konsultacje specjalistów (wariant I) nie obejmuje:

- 1) konsultacji Lekarzy dyżurnych,
- 2) konsultacji Lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również Lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

Również pozostałe konsultacje są odpłatne.

§5 Zabiegi pielęgniarskie

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

3. Zabiegi pielęgniarskie obejmują:

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

4. Materiały i środki medyczne takie, jak:

- | | |
|----------------------------------|---|
| ☐ opatrunki, | ☐ strzykawki |
| ☐ waciki | ☐ igły |
| ☐ bandaże | ☐ surowica – antytoksyna tężcowa, |
| ☐ plastry | ☐ środki dezynfekujące, |
| ☐ venflon | |

użyte do ww. zabiegów są bezpłatne.

5. Za pozostałe materiały i środki medyczne nie wymienione w ust. 4, a zużyte do ww. zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

§6 Zabiegi ambulatoryjne (wariant I)

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

3. Zabiegi ambulatoryjne obejmują:

1) zabiegi ambulatoryjne ogólnolekarskie:

- Mierzenie RR / ciśnienia
- Pomiar wzrostu i wagi ciała

2) zabiegi ambulatoryjne chirurgiczne:

- Usunięcie kleszcza – chirurgiczne
- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne
- Usunięcie szwów po zabiegach wykonywanych poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza (nie wykonujemy zdejmowania szwów po porodzie)

3) zabiegi ambulatoryjne laryngologiczne:

- Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwanie
- Katetyzacja trąbki słuchowej
- Płukanie ucha
- Usunięcie ciała obcego z nosa / ucha
- Koagulacja naczyń przegrody nosa
- Elektrokoagulacja naczyń przegrody nosa Usunięcie tamponady nosa
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa, dwie strony
- Zaopatrzenie krwotoku z nosa, jedna strona
- Założenie / zmiana / usunięcie sączka w przewodzie słuchowym zewnętrznym

4) Zabiegi ambulatoryjne okulistyczne:

- Standardowe* badanie dna oka
- Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową)
- Gonioskopia (ocena kąta przesączania)
- Usunięcie ciała obcego z oka
- Badanie ostrości widzenia

5) Zabiegi ambulatoryjne ginekologiczne:

- Pobranie standardowej* cytologii z szyjki macicy

6) Znieczulenia:

- Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne

4. Materiały i środki medyczne takie, jak:

- opatrunki,
- bandaż
- plastry
- venflon
- strzykawki
- waciki

użyte do ww. zabiegów są bezpłatne.

- Usunięcie kleszcza – niechirurgiczne

- Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały (niewymagający opracowania chirurgicznego)
- Usunięcie innego ciała obcego bez nacięcia Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym, po zabiegach wykonywanych w Placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela
- Szycie rany do 1,5 cm

- Usunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych wykonywanych w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela
- Usunięcie szwów po zabiegach laryngologicznych wykonywanych poza placówkami medycznymi wskazanymi przez Ubezpieczyciela – kwalifikacja przypadku po ocenie Lekarza
- Donosowe podanie leku obkurczającego śluzówki nosa w sytuacji doraźnej
- Proste opatrunki laryngologiczne

- Standardowe* badanie autorefraktometrem
- Podanie leku do worka spojówkowego
- Standardowy* pomiar ciśnienia śródgałkowego
- Standardowe* badanie widzenia przestrzennego
- Płukanie kanalików łzowych (dot. Ubezpieczonych powyżej 18 r.ż.)

- plastry
- igły
- surowica – antytoksyna tężcowa
- środki dezynfekujące
- szwy i nici chirurgiczne

5. Za pozostałe materiały i środki medyczne nie wymienione w ust. 4, a zużyte do ww. zabiegów od Ubezpieczonego pobierana jest opłata.

§7 Panel badań laboratoryjnych bez skierowania

Świadczenie jest realizowane wyłącznie w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela. Świadczenie obejmuje jednorazowe wykonanie bez skierowania Lekarza (w ciągu 12 miesięcy Okresu ubezpieczenia), panelu badań laboratoryjnych, zawierającego:

1) w przypadku Ubezpieczonych powyżej 18 roku życia:

- | | |
|---|--|
| ☐ Mocz – badanie ogólne | ☐ Standardowa* cytologia szyjki macicy |
| ☐ Morfologia + płytki + rozmaz automatyczny | ☐ TSH |
| ☐ Lipidogram | ☐ Beta HCG |
| ☐ Glukoza na czczo | |

2) w przypadku Ubezpieczonych do 18 roku życia:

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

§8 Diagnostyka laboratoryjna i obrazowa (wariant podstawowy)

1. Świadczenie obejmuje niżej wymienione badania diagnostyki laboratoryjnej, obrazowej i czynnościowej, wykonywane w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela.

2. Wszystkie badania diagnostyczne dostępne w ramach świadczenia wykonywane są na podstawie skierowań wystawionych przez Lekarzy placówek medycznych, wyłącznie ze wskazań medycznych w przebiegu procesu diagnostyczno-terapeutycznego:

1) diagnostyka laboratoryjna - badania hematologiczne i koagulologiczne wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

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

2) diagnostyka laboratoryjna - badania biochemiczne i hormonalne oraz markery nowotworowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

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

3) diagnostyka laboratoryjna - badania serologiczne i diagnostyka infekcji wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:

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

4) diagnostyka laboratoryjna - badania moczu wraz z pobraniem materiału (mocz) do badania:

- ☐ Mocz – badanie ogólne

- 5) diagnostyka laboratoryjna - badania bakteriologiczne wraz z pobraniem wymazu do badania (świadczanie nie obejmuje badań wykonywanych technikami biologii molekularnej):
- Posiew moczu
 - Kał posiew ogólny
- 6) diagnostyka laboratoryjna - badania kału wraz z pobraniem materiału do badania:
- Kał badanie ogólne
- 7) diagnostyka laboratoryjna - badania cytologiczne wraz z pobraniem materiału do badania:
- Standardowa* cytologia szyjki macicy
- 8) diagnostyka laboratoryjna - szybkie testy paskowe wraz z pobraniem materiału (krew) do badania:
- Cholesterol badanie paskowe
 - Troponina – badanie paskowe
 - Glukoza badanie glukometrem
- 9) diagnostyka obrazowa - badania elektrokardiograficzne:
- Badanie EKG – spoczynkowe
- 10) diagnostyka obrazowa - badania rentgenowskie (wynik badania na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej placówce medycznej):
- RTG czaszki oczodoły
 - RTG oczodoły + boczne (2 projekcje)
 - RTG czaszki PA + bok
 - RTG jamy brzusznej na stojąco
 - RTG klatki piersiowej
 - RTG klatki piersiowej + bok
 - RTG klatki piersiowej bok z barytem
 - RTG klatki piersiowej PA + bok z barytem
 - RTG żeber (1 strona) w 2 skosach
 - RTG mostka AP
 - RTG mostka / boczne klatki piersiowej
- 11) diagnostyka obrazowa - badania ultrasonograficzne:
- USG jamy brzusznej
- 12) diagnostyka obrazowa - inne badania diagnostyczne:
- Spirometria bez leku
 - Audiometr standardowy*
3. W związku z rozwojem technologii nazwy lub metody wykonania poszczególnych badań diagnostycznych mogą ulegać zmianie, co nie będzie ograniczać zakresu świadczeń określonych w umowie ubezpieczenia. Jeżeli efektem zastosowania nowej metody, będzie rozszerzenie ww. zakresu świadczeń, to świadczenia wynikające z rozszerzenia zakresu, nie będą objęte zakresem pakietu. Wynik badania wydawany jest na nośniku zgodnym z przyjętym standardem w danej Placówce medycznej. O ile nie zaznaczono inaczej świadczenie: nie obejmuje testów paskowych a diagnostyka obrazowa w zakresie USG obejmuje prezentację 2D bez dodatkowych opcji.