**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |
| --- |
| **DANE WYKONAWCY** |
| Nazwa, forma prawna Wykonawcy: |
| ul.: | kod pocztowy: |
| miejscowość: | województwo: |
| tel.: | e-mail: |
| NIP: |  | REGON: |  | numer KRS: |  |
| Jednostka organizacyjna Wykonawcy, która będzie brała udział w realizacji zamówienia: |
| ul.: | kod pocztowy: |
| miejscowość: | osoba do kontaktu: |
| tel.: | e-mail: |
| **DANE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA** |
| Przedmiot zamówienia: **Dobrowolny program grupowej opieki zdrowotnej dla pracowników Akademii Wychowania Fizycznego im. Polskich Olimpijczyków we Wrocławiu oraz członków ich rodzin** |
| Tryb postępowania: **podstawowy bez negocjacji** |
|  |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: CENA OFERTOWA**  |
| **Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:****………………………………………..*****UWAGI**** ***szczegółowy wykaz cen jednostkowych został złożony na formularzu cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do oferty***
* ***w celu porównania ofert wskazana powyżej kwota brutto skalkulowana została dla w oparciu o szacowaną liczbę pracowników zainteresowanych przystąpieniem do programu na podstawie przeprowadzonej przez Zamawiającego ankiety tj. 156 pracowników***
 |
|  |
| **KRYTERIUM OCENY OFERT: WARUNKI FAKULTATYWNE**  |
| **Oświadczamy, że przyjmujemy poniższe fakultatywne warunki dodatkowe:*****UWAGI**** ***jeżeli przedstawione poniżej warunki fakultatywne modyfikują warunki minimalne, to w przypadku ich akceptacji jako wiążące do oceny oferty i zawarcia umowy przyjmuje się zaakceptowane warunki fakultatywne***
* ***każdorazowo Wykonawca powinien jednoznacznie ustosunkować się do poniższych warunków fakultatywnych (akceptacja, brak akceptacji)***
* ***brak ustosunkowania się Wykonawcy/-ów do warunków fakultatywnych określonych poniżej poczytuje się jako ich niezaakceptowanie***
 |
|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr warunku fakultatywnego** | **Treść warunku fakultatywnego** | **Punktacja** | **Akceptacja** | **Brak akceptacji** |
| **(TAK)** | **(NIE)** |
| **E.1A.** | KLAUZULA DODATKOWYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH NA TERENIE WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO | 8 |  |  |
| **E.1B.** | KLAUZULA DODATKOWYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH NA TERENIE WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.1A.) | 7 |  |  |
| **E.2A.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI ROZSZERZENIA PODGRUPY NA WYŻSZĄ W TERMINIE DODATKOWYCH 3 MIESIĘCY  | 9 |  |  |
| **E.2B.** | KLAUZULA ZMIAN PODGRUP NA WYŻSZE W DOWOLNYM MIESIĄCU OBOWIĄZYWANIA UMOWY (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.2A.) | 8 |  |  |
| **E.3A.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI ZMIANY PODGRUPY NA NIŻSZĄ W TERMINIE DODATKOWYCH 3 MIESIĘCY  | 7 |  |  |
| **E.3B.** | KLAUZULA ZMIAN PODGRUP NA NIŻSZE W DOWOLNYM MIESIĄCU OBOWIĄZYWANIA UMOWY (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.3A.) | 6 |  |  |
| **E.4A.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI PONOWNEGO PRZYSTĄPIENIA PO 6 MIESIĄCACH OD REZYGNACJI | 4 |  |  |
| **E.4B.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI PONOWNEGO PRZYSTĄPIENIA PO 3 MIESIĄCACH OD REZYGNACJI (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.4A.) | 3 |  |  |
| **E.4C.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI PONOWNEGO PRZYSTĄPIENIA W KAŻDYM MOMENCIE (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.4A. oraz E.4B.) | 2 |  |  |
| **E.5A.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI ROZSZERZENIA PAKIETU (DODANIE WSPÓŁUCZESTNIKÓW) W TERMINIE DODATKOWYCH 3 MIESIĘCY | 9 |  |  |
| **E.5B.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI ROZSZERZENIA PAKIETU (DODANIE WSPÓŁUCZESTNIKÓW) W KAŻDYM MOMENCIE (akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzul E.5A.) | 9 |  |  |
| **E.6.** | KLAUZULA MOŻLIWOŚCI ZMNIEJSZENIA PAKIETU (REZYGNACJA WSPÓŁUCZESTNIKÓW) W KAŻDYM MOMENCIE | 9 |  |  |
| **E.7.** | KLAUZULA CAŁODOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI INFOLINII | 6 |  |  |
| **E.8.** | KLAUZULA DZIAŁALNOŚCI INFOLINII W SOBOTY I DNI USTAWOWO WOLNE OD PRACY | 6 |  |  |
| **E.9A.** | KLAUZULA DODATKOWYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH NA TERENIE POLSKI (z wyłączeniem woj. dolnośląskiego) | 4 |  |  |
| **E.9B.** | KLAUZULA DODATKOWYCH PLACÓWEK MEDYCZNYCH NA TERENIE POLSKI (z wyłączeniem woj. dolnośląskiego; akceptacja niniejszej klauzuli powoduje automatyczne przyznanie punktów również z tyt. Klauzuli E.9A.) | 3 |   |   |

 |
|  |
| **PRZEDMIOTOWE ŚRODKI DOWODOWE** |
| **Liczba placówek medycznych na terenie województwa dolnośląskiego:****………………….****W tym na terenie miasta Wrocław:****………………….****Liczba placówek medycznych na terenie Polski (z wyłączeniem województwa dolnośląskiego):****………………….*****UWAGI**** ***Wykonawca wraz z ofertą składa przedmiotowe środki dowodowe zgodnie z SWZ***
* ***Wykonawca zastrzega, że wykazy placówek stanowią wykazy aktualne na dzień złożenia oferty i mogą podlegać zmianom, które nie wymagają późniejszego aneksowania zawartej umowy pod warunkiem utrzymywania minimalnej liczby placówek przekraczającej liczbę placówek wymaganą przez Zamawiającego w SWZ z uwzględnieniem zaakceptowanych klauzul fakultatywnych***
 |
|  |
| **OŚWIADCZENIA WYKONAWCY** |
| Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z dokumentacją postępowania udostępnioną przez Zamawiającego, nie wnosimy do niej żadnych zastrzeżeń i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do prawidłowego przygotowania oferty i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do wykonania zamówienia zgodnie z wymaganiami wskazanymi w dokumentacji postępowania. |
| Wyrażamy zgodę na warunki płatności i gwarancji wskazane w dokumentacji postępowania. |
| Uważamy się za związanych ofertą od dnia upływu terminu składania ofert do terminu wskazanego w SWZ. |
| Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskano w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. |
| Oświadczamy, że w przypadku wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentacji postępowania oraz w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.W pozostałych kwestiach proponujemy, aby miały zastosowanie Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia lub inne wzorce umowne, które Wykonawca dostarczy Zamawiającemu. Jeżeli Ogólne (Szczególne) Warunki Ubezpieczenia lub inne wzorce umowne odbiegają od warunków określonych w Specyfikacji Warunków Zamówienia lub są z nią sprzeczne, za wiążące uznajemy warunki określone w SWZ. |
| **W sprawach nieuregulowanych w SWZ i w ofercie mają zastosowanie następujące wzorce umowne (podać rodzaj wzorca, oznaczenie kodowe i datę uchwalenia/wejścia w życie):** |
| **Lp.** | **Wyszczególnienie wszystkich obowiązujących wzorców umownych, mających zastosowanie do niniejszego zamówienia w sposób pozwalający na ich identyfikację** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| Oświadczamy, że jesteśmy:[ ]  mikroprzedsiębiorstwem[ ]  małym przedsiębiorstwem[ ]  średnim przedsiębiorstwem[ ]  żadne z powyższych |
| **POZOSTAŁE INFORMACJE** |
| Osoba wyznaczona do współpracy z Zamawiającym przy realizacji umowy: |
| imię i nazwisko: | tel.: | e-mail: |
| **Dokumenty składane wraz z ofertą:**1. Formularz cenowy ze szczegółowym wykazem cen jednostkowych – zał. nr 1 do oferty
2. Zakres gwarantowanych świadczeń w poszczególnych Podgrupach – zał. nr 2a-2c do oferty
3. Przedmiotowe środki dowodowe:
	1. Wykaz placówek medycznych dostępnych dla pracowników Zamawiającego na terenie województwa dolnośląskiego z uwzględnieniem wymaganej liczby placówek na terenie Miasta Wrocław – zał. nr 3a do SWZ
	2. Wykaz placówek medycznych dostępnych dla pracowników Zamawiającego na terenie Polski z wyłączeniem województwa dolnośląskiego – zał. nr 3b do SWZ
4. Oświadczenie składane na podstawie art. 125 ust. 1 ustawy Pzp – zał. nr 2 do SWZ
5. Pełnomocnictwo
 |
| **OŚWIADCZENIE DOT. ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ** |
| *Oświadczamy, że wszystkie informacje podane w niniejszym oświadczeniu są aktualne na dzień składania ofert i są zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawieniu informacji, prawdziwość powyższych danych potwierdzamy podpisem świadomi odpowiedzialności karnej z art. 297 Kodeksu karnego* |

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO FORMULARZA OFERTY**

**FORMULARZ CENOWY ZE SZCZEGÓŁOWYM WYKAZEM CEN JEDNOSTKOWYCH**

1. **Podgrupa I**

**Opłaty za poszczególne pakiety.**

**Wysokość opłaty miesięcznej brutto za poszczególne pakiety w Podgrupie I określonej w Załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pakiet indywidualny (SMI1) | Pakiet partnerski (SMP1) | Pakiet rodzinny (SMR1) |
| ……………………… | ……………………… | ……………………… |

słownie:

Pakiet indywidualny: ........................................................................................złotych.................groszy

Pakiet partnerski: .............................................................................................złotych.................groszy

Pakiet rodzinny: ................................................................................................złotych.................groszy

**Łączna opłata w ramach Podgrupy I**

Łączna opłata w ramach Podgrupy I (P1) zostanie obliczona wg wzoru:

**P1 = [(SMI1 x 26)+(SMP1 x 13)+(SMR1 x 13)] x 12m**

gdzie:

SMI1 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet indywidualny na warunkach Podgrupy I określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMP1 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet partnerski na warunkach Podgrupy I określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMR1 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet rodzinny na warunkach Podgrupy I określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

26, 13, 13, – szacunkowa liczba pakietów odpowiednio: indywidualnych, partnerskich i rodzinnych na warunkach Podgrupy I określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

12 m – czas trwania umowy (12 miesięcy).

**Podgrupa I: opłata łączna w ramach Podgrupy I wynosi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **wartość brutto:** | w tym podatek VAT w wysokości: | wartość netto: |
| **P1: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |

słownie:

**P1........................................................................................złotych.................groszy brutto.**

1. **Podgrupa II**

**Opłaty za poszczególne pakiety.**

**Wysokość opłaty miesięcznej brutto za poszczególne pakiety w Podgrupie II określonej w Załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pakiet indywidualny (SMI2) | Pakiet partnerski (SMP2) | Pakiet rodzinny (SMR2) |
| ……………………… | ……………………… | ……………………… |

słownie:

Pakiet indywidualny: ........................................................................................złotych.................groszy

Pakiet partnerski: .............................................................................................złotych.................groszy

Pakiet rodzinny: ................................................................................................złotych.................groszy

**Łączna opłata w ramach Podgrupy II**

Łączna opłata w ramach Podgrupy II (P2) zostanie obliczona wg wzoru:

**P2 = [(SMI2 x 26)+(SMP2 x 13)+(SMR2 x 13)] x 12m**

gdzie:

SMI2 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet indywidualny na warunkach Podgrupy II określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMP2 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet partnerski na warunkach Podgrupy II określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMR2 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet rodzinny na warunkach Podgrupy II określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

26, 13, 13 – szacunkowa liczba pakietów odpowiednio: indywidualnych, partnerskich i rodzinnych na warunkach Podgrupy II określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

12 m – czas trwania umowy (12 miesięcy).

**Podgrupa II: opłata łączna w ramach Podgrupy II wynosi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **wartość brutto:** | w tym podatek VAT w wysokości: | wartość netto: |
| **P2: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |

słownie:

**P2: ........................................................................................złotych.................groszy brutto**

1. **Podgrupa III**

**Opłaty za poszczególne pakiety.**

**Wysokość opłaty miesięcznej brutto za poszczególne pakiety w Podgrupie III określonej w Załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D.)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pakiet indywidualny (SMI3) | Pakiet partnerski (SMP3) | Pakiet rodzinny (SMR3) |
| ……………………… | ……………………… | ……………………… |

słownie:

Pakiet indywidualny: ........................................................................................złotych.................groszy

Pakiet partnerski: .............................................................................................złotych.................groszy

Pakiet rodzinny: ................................................................................................złotych.................groszy

**Łączna opłata w ramach Podgrupy III**

Łączna opłata w ramach Podgrupy III (P3) zostanie obliczona wg wzoru:

**P3 = [(SMI3 x 26)+(SMP3 x 13)+(SMR3 x 13)] x 12m**

gdzie:

SMI3 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet indywidualny na warunkach Podgrupy III określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMP3 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet partnerski na warunkach Podgrupy III określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

SMR3 – wysokość opłaty miesięcznej za pakiet rodzinny na warunkach Podgrupy III określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

26, 13, 13 – szacunkowa liczba pakietów odpowiednio: indywidualnych, partnerskich i rodzinnych na warunkach Podgrupy III określonych w załączniku nr 1 SWZ (Opis przedmiotu zamówienia punkt D)

12 m – czas trwania umowy (12 miesięcy).

**Podgrupa III: opłata łączna w ramach Podgrupy III wynosi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **wartość brutto:** | w tym podatek VAT w wysokości: | wartość netto: |
| **P3: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |

słownie:

**P3: .......................................................................................złotych.................groszy brutto**

**Łączna cena za realizację zamówienia (CO) brutto**

Łączna cena za realizację zamówienia liczona jest wg wzoru:

**CO = P1 + P2 + P3**

gdzie:

P1 do 3 – opłaty za poszczególne podgrupy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **wartość brutto:** | w tym podatek VAT w wysokości: | wartość netto: |
| **P1: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |
| **P2: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |
| **P3: ........................................... zł** | .................................................... zł | …................................................. zł |
| **SUMA:** |
| **CO: ..................................... zł** | ................................................ zł | …............................................. zł |

**Łączna cena za realizację zamówienia brutto**

|  |
| --- |
| **CO: .................................................................. zł** |

słownie:

**CO: ........................................................................................złotych.................groszy brutto**

**ZAŁĄCZNIK NR 2a DO FORMULARZA OFERTY**

**Poniżej znajduje się minimalny katalog procedur w poszczególnych Podgrupach. Wykonawca nie może dokonać wykreślenia żadnej pozycji, ponieważ oferta ulegnie odrzuceniu ze względu na niezgodność z SWZ.**

**UWAGA! We wskazanych miejscach oprócz obligatoryjnych świadczeń medycznych należy zaoferować dodatkowe procedury medyczne.**

**ZAKRES GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ – PODGRUPA I**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Podgrupa I** |
| Infolinia i rejestracja medycznaFunkcjonowanie infolinii i rejestracji medycznej, w tym:a) umawianie świadczeń zdrowotnych (m.in. wizyt lekarskich, badań),b) przesyłanie informacji o zaplanowanych i umówionych świadczeniach zdrowotnych poprzez sms lub e-mail | TAK |
| Honorowanie skierowań na badania od wszystkich lekarzy (bez względu na fakt czy pochodzi ono spośród świadczeniodawców współpracujących z Wykonawcą czy nie). | TAK |
| Bezpłatny, nielimitowany dostęp do lekarza podstawowej opieki medycznej: internista, pediatra, lekarz rodzinny. | TAK |
| Bezpłatne, nielimitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | ginekolog, kardiolog, laryngolog, okulista, ortopeda, diabetolog, chirurg ogólny, dermatolog |
| + co najmniej 2 specjalizacje lekarskie wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące specjalizacje dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Bezpłatne, limitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | - |
| Konsultacje do 18 r.ż.  | W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dzieckodo 15. roku życia, dostęp do konsultacji specjalistycznych zależyod dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji. |
| **Konsultacje profesorskie** | - |
| **Telemedycyna- e-konsultacje** | +Wykonawca zagwarantuje porady telemedyczne udzielane przez lekarzy, realizowane bez skierowań, przysługujące Uczestnikowi w ramach wybranej Podgrupy |
| **Wizyty domowe**Porada w ramach wizyty domowej udzielana przez lekarza internistę lub lekarza rodzinnego w wybranych miejscowościach na terenie kraju, po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności wykonania takiej usługi konsultantowi infolinii, w godzinach wskazanych przez placówkę medyczną i na terenie administracyjnym określonym przez placówkę medyczną. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza.**Doprecyzowanie:**Konsultacje lekarskie z zakresu: chorób wewnętrznych (interny) lub medycyny rodzinnej albo pediatrii udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta, uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych. Usługa realizowana jest w zakresie terytorialnym określonym przez świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu. | - |
| Bakteriologia | Posiew moczuKał posiew ogólnyWymaz z pochwy – posiew tlenowy / beztlenowyWymaz z kanału szyjki macicy – posiew tlenowy / beztlenowy |
| + co najmniej 3 badania bakteriologiczne wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Biochemia | CRP ilościowoBiałko całkowiteBilirubina całkowitaTest obciążenia glukoząGlukoza na czczoCholestereol, HDL, LDLTrójglicerydyLipidogramWapń, Żelazo, Potas, Sód, MagnezKreatyninaKwas moczowyKwas foliowyWitamina B12Immunoglobulin IgE, IgA, IgG, IgMŻelazo - krzywa wchłanianiaCRP – test paskowyCholesterol badanie paskoweGlukoza badanie glukometremTroponina – badanie paskowe |
| + co najmniej 10 badań biochemicznych wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania hormonalne  | TSH / hTSHT3 WolneT4 Wolne |
| + co najmniej 1 badanie hormonalne wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania nowotworowe |  PSA – wolna frakcja PSA całkowite CEA – antygen carcinoembrionalny AFP – alfa-fetoproteina |
|
| Hematologia i koagulologia | Morfologia + płytki + rozmaz automatycznyOB / ESRINR / Czas protrombinowyCzas trombinowy – TT |
| + co najmniej 2 dodatkowe badania wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Serologia i immunologia | ASO ilościowo, jakościowoGrupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądoweP/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciałaCMV IgG, IgMHIV I / HIV IIEBV / Mononukleoza IgG, IgMToksoplazmoza IgG, IgM |
| + co najmniej 4 dodatkowe badania wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania moczu | Mocz – badanie ogólneBiałko w moczu, Białko całkowiteFosfor w moczu, Fosfor DZMKreatynina w moczu, Kreatynina DZMKwas moczowy w moczu, Kwas moczowy DZMMagnez / Mg w moczu, Magnez / Mg DZMSód / Na w moczu, Sód / Na DZM |
| + co najmniej 5 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania kału |  Kał badanie ogólne Krew utajona w kale / F.O.B. |
| Zabiegi z zakresu alergologii | - |
|
| Zabiegi z zakresu chirurgii/ogólne | Usunięcie kleszcza – chirurgiczne niechirurgiczneZałożenie / zmiana / usunięcie – opatrunek niewymagający opracowania chirurgicznegoUsunięcie innego ciała obcego bez nacięciaSzycie rany do 1,5 cmUsunięcie szwów po zabiegach  |
|
| Zabiegi z zakresu dermatologii |  Dermatoskopia |
| Zabiegi z zakresu ginekologii/urologii |  pobranie materiału do badania cytologicznego |
|
| Zabiegi z zakresu laryngologii | Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwaniePłukanie uchaUsunięcie ciała obcego z nosa / uchaProste opatrunki laryngologiczneKoagulacja naczyń przegrody nosaUsunięcie tamponady nosaZaopatrzenie krwotoku z nosaUsunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych  |
| + co najmniej 2 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu okulistyki |  Badanie dna oka Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) Gonioskopia (ocena kąta przesączania) Usunięcie ciała obcego z oka Badanie ostrości widzenia Badanie autorefraktometrem Podanie leku do worka spojówkowego Pomiar ciśnienia śródgałkowego Badanie widzenia przestrzennego Płukanie kanalików łzowych |
| Zabiegi z zakresu ortopedii | Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawyNastawienie zwichnięcia lub złamaniaPrzygotowanie gips tradycyjny – opaskaZałożenie gipsuZdjęcie gipsu – z kończyny Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały |
|
| Zabiegi z zakresu rehabilitacji | - |
| Zabiegi z zakresu stomatologii | bezpłatny przegląd stomatologiczny raz w rokuZniżki na usługi i zabiegi stomatologiczne zgodnie z zakresem wskazanym przez oferenta w ofercie |
| Badania radiologiczne | Wykonawca zaproponuje w ofercie co najmniej 80 procedur medycznych z zakresu RTGOferujemy następujące procedury: ……………………………………………………… |
| Badania ultrasonograficzne |  USG jamy brzusznej USG piersi USG prostaty przez powłoki brzuszne USG ginekologiczne transwaginalne |
|
| Badania endoskopowe |  Anoskopia |
|
| Tomografia komputerowa bez kosztów kontrastu | TK – Tomografia komputerowa głowy |
|
| Rezonans magnetyczny bez kosztów kontrastu | MR – Rezonans magnetyczny głowy |
|
| Ambulatoryjna opieka pielęgniarska / Pielęgniarskie zabiegi ambulatoryjne |  Iniekcja dożylna Iniekcja podskórna / domięśniowa Kroplówka w sytuacji doraźnej Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza) Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały Pobranie krwi Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza) Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza) Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi |
| Badania czynnościowe |  Spirometria bez leku Audiometr Mammografia (w tym zdjęcie celowane) EKG –spoczynkowe Próba wysiłkowa |
|
| pozostałe badania |  Cytologia szyjki macicy |
| Inne usługi medyczne | Refundacja świadczeń:Wykonawca gwarantuje refundację kosztów świadczeń medycznych, zrealizowanych na terenie Polski, w placówce medycznej innej niż wskazana przez Wykonawcę. Wysokość refundacji wynosi maksymalnie 70% kosztu wizyty u lekarza, zabiegów ambulatoryjnych oraz diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, przysługujących Uczestnikowi w ramach posiadanego Wariantu. Limit refundacji wynosi 500 zł kwartalnie. Refundacja nie dotyczy stomatologii. Refundacja odbywa się na odstawie faktury wystawionej na Uczestnika |
| Inne usługi medyczne | Prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym |
| Szczepienia | BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU szczepienie przeciwko grypie sezonowej anatoksyna przeciw tężcowi |
| Inne usługi oferowane przez Wykonawcę | Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |

**ZAŁĄCZNIK NR 2b DO FORMULARZA OFERTY**

**ZAKRES GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ – PODGRUPA II**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Podgrupa II** |
| Infolinia i rejestracja medycznaFunkcjonowanie infolinii i rejestracji medycznej, w tym:a) umawianie świadczeń zdrowotnych (m.in. wizyt lekarskich, badań),b) przesyłanie informacji o zaplanowanych i umówionych świadczeniach zdrowotnych poprzez sms lub e-mail | TAK |
| Honorowanie skierowań na badania od wszystkich lekarzy (bez względu na fakt czy pochodzi ono spośród świadczeniodawców współpracujących z Wykonawcą czy nie). | TAK |
| Bezpłatny, nielimitowany dostęp do lekarza podstawowej opieki medycznej: internista, pediatra, lekarz rodzinny. | TAK |
| Bezpłatne, nielimitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | ginekolog, kardiolog, laryngolog, okulista, ortopeda, diabetolog, chirurg ogólny, dermatolog, alergolog, diabetolog, endokrynolog, nefrolog, neurolog |
| + co najmniej 9 specjalizacji lekarskich wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące specjalizacje dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Bezpłatne, limitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | - |
| Konsultacje do 18 r.ż.  | W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dzieckodo 15. roku życia, dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji. |
| **Konsultacje profesorskie** | - |
| **Telemedycyna- e-konsultacje** | +Wykonawca zagwarantuje porady telemedyczne udzielane przez lekarzy, realizowane bez skierowań, przysługujące Uczestnikowi w ramach wybranej Podgrupy |
| **Wizyty domowe**Porada w ramach wizyty domowej udzielana przez lekarza internistę lub lekarza rodzinnego w wybranych miejscowościach na terenie kraju, po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności wykonania takiej usługi konsultantowi infolinii, w godzinach wskazanych przez placówkę medyczną i na terenie administracyjnym określonym przez placówkę medyczną. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza.**Doprecyzowanie:**Konsultacje lekarskie z zakresu: chorób wewnętrznych (interny) lub medycyny rodzinnej albo pediatrii udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta, uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych. Usługa realizowana jest w zakresie terytorialnym określonym przez świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu. | Co najmniej 3 wizyty w roku |
| Bakteriologia | Posiew moczuKał posiew ogólnyWymaz z pochwy – posiew tlenowy / beztlenowyWymaz z kanału szyjki macicy – posiew tlenowy / beztlenowyWymaz z rany – posiew tlenowy / beztlenowyWymaz z nosogardła – posiew tlenowy / beztlenowyBadanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokci, włosów, skóryWymazy w kierunku grzybów drożdżopodobnych - gardła, cewki moczowej, kanału szyjki macicy, nosa, pochwy, rany |
| + co najmniej 10 badań bakteriologicznych wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Biochemia | CRP ilościowoBiałko całkowiteBilirubina całkowitaTest obciążenia glukoząGlukoza na czczoCholestereol, HDL, LDLTrójglicerydyLipidogramWapń, Żelazo, Potas, Sód, MagnezKreatyninaKwas moczowyKwas foliowyWitamina B12Immunoglobulin IgE, IgA, IgG, IgMŻelazo - krzywa wchłanianiaCRP – test paskowyCholesterol badanie paskoweGlukoza badanie glukometremTroponina – badanie paskowe |
| + co najmniej 10 badań biochemicznych wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania hormonalne  | TSH / hTSHT3 WolneT4 WolneKortyzolProlaktyna po obciążeniuProgesteronTestosteron |
| + co najmniej 3 badania hormonalne wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania nowotworowe |  PSA – wolna frakcja PSA całkowite CEA – antygen carcinoembrionalny AFP – alfa-fetoproteina |
| + co najmniej 2 dodatkowe badania wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Hematologia i koagulologia | Morfologia + płytki + rozmaz automatycznyOB / ESRINR / Czas protrombinowyCzas trombinowy – TT |
| + co najmniej 4 dodatkowe badania wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Serologia i immunologia | ASO ilościowo, jakościowoGrupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądoweP/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciałaCMV IgG, IgMHIV I / HIV IIEBV / Mononukleoza IgG, IgMToksoplazmoza IgG, IgM |
| + co najmniej 6 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania moczu | Mocz – badanie ogólneBiałko w moczu, Białko całkowiteFosfor w moczu, Fosfor DZMKreatynina w moczu, Kreatynina DZMKwas moczowy w moczu, Kwas moczowy DZMMagnez / Mg w moczu, Magnez / Mg DZMSód / Na w moczu, Sód / Na DZM |
| + co najmniej 5 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania kału |  Kał badanie ogólne Kał na pasożyty 1 próba Krew utajona w kale / F.O.B. Kał na Rota i Adenowirusy |
| Zabiegi z zakresu alergologii | odczulanie (bez kosztu podawanych leków)testy alergiczne skórne 1 punkttesty alergiczne skórne panel pokarmowytesty alergiczne skórne panel wziewnytesty płatkowe / kontaktowe – panel podstawowy |
|
| Zabiegi z zakresu chirurgii/ogólne | Usunięcie kleszcza – chirurgiczne niechirurgiczneZałożenie / zmiana / usunięcie – opatrunek niewymagający opracowania chirurgicznegoUsunięcie innego ciała obcego bez nacięciaSzycie rany do 1,5 cmUsunięcie szwów po zabiegach  |
|
| Zabiegi z zakresu dermatologii |  Dermatoskopia |
| Zabiegi z zakresu ginekologii/urologii |  pobranie materiału do badania cytologicznego |
|
| Zabiegi z zakresu laryngologii | Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwaniePłukanie uchaUsunięcie ciała obcego z nosa / uchaProste opatrunki laryngologiczneKoagulacja naczyń przegrody nosaUsunięcie tamponady nosaZaopatrzenie krwotoku z nosaUsunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych  |
| + co najmniej 2 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu okulistyki |  Badanie dna oka Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) Gonioskopia (ocena kąta przesączania) Usunięcie ciała obcego z oka Badanie ostrości widzenia Badanie autorefraktometrem Podanie leku do worka spojówkowego Pomiar ciśnienia śródgałkowego Badanie widzenia przestrzennego Płukanie kanalików łzowych |
| Zabiegi z zakresu ortopedii | Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe stawyNastawienie zwichnięcia lub złamaniaPrzygotowanie gips tradycyjny – opaskaZałożenie gipsuZdjęcie gipsu – z kończyny Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały |
|
| Zabiegi z zakresu rehabilitacji | BEZPŁATNIE, 15 ZABIEGÓW W ROKU ( 10 zab.fizykoterapii i 5 zab.kinezyterapii)Za fizykoterapię rozumie się - ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynne w odciążeniu, ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia czynne z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia izometryczne, mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje, masaż suchy częściowy, wyciągiZa kinezyterapię rozumie się - elektrostymulacja, galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy Träberta, magnetoterapia, ultradźwięki miejscowe, laseroterapia punktowa, sollux |
| Zabiegi z zakresu stomatologii | bezpłatny przegląd stomatologiczny raz w rokuZniżki na usługi i zabiegi stomatologiczne zgodnie z zakresem wskazanym przez oferenta w ofercie |
| Badania radiologiczne | Wykonawca zaproponuje w ofercie co najmniej 80 procedur medycznych z zakresu RTGOferujemy następujące procedury: ……………………………………………………… |
| Badania ultrasonograficzne |  USG jamy brzusznej USG piersi USG prostaty przez powłoki brzuszne USG ginekologiczne transwaginalne Echokardiografia – USG serca |
| Wykonawca zaproponuje w ofercie co najmniej 25 dodatkowych procedur medycznych z zakresu USGOferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Badania endoskopowe |  Anoskopia Gastroskopia (z testem urazowym) Kolonoskopia Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej |
| + co najmniej 1 dodatkowa procedura medyczna z zakresu badań endoskopowych wskazana przez oferenta w ofercieOferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Tomografia komputerowa bez kosztów kontrastu | TK – Tomografia komputerowa głowy |
| + co najmniej 25 dodatkowych procedur medycznych z zakresu tomografii komputerowej wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Rezonans magnetyczny bez kosztów kontrastu | MR – Rezonans magnetyczny głowy |
| + co najmniej 25 dodatkowych procedur medycznych z zakresu rezonansu magnetycznego wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Ambulatoryjna opieka pielęgniarska / Pielęgniarskie zabiegi ambulatoryjne |  Iniekcja dożylna Iniekcja podskórna / domięśniowa Kroplówka w sytuacji doraźnej Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza) Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały Pobranie krwi Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza) Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza) Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi |
| Badania czynnościowe |  Spirometria bez leku Spiromteria - próba rozkurczowa Audiometr Mammografia (w tym zdjęcie celowane) EKG –spoczynkowe Próba wysiłkowa Założenie Holtera EKG lub RR (na 24h) w gabinecie EEG w czuwaniu |
| + co najmniej 5 dodatkowych procedur medycznych z zakresu badań czynnościowych wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| pozostałe badania |  Cytologia szyjki macicy Cytologiczne badanie błony śluzowej nosa |
| Inne usługi medyczne | Refundacja świadczeń:Wykonawca gwarantuje refundację kosztów świadczeń medycznych, zrealizowanych na terenie Polski, w placówce medycznej innej niż wskazana przez Wykonawcę. Wysokość refundacji wynosi maksymalnie 70% kosztu wizyty u lekarza, zabiegów ambulatoryjnych oraz diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, przysługujących Uczestnikowi w ramach posiadanego Wariantu. Limit refundacji wynosi 500 zł kwartalnie. Refundacja nie dotyczy stomatologii. Refundacja odbywa się na odstawie faktury wystawionej na Uczestnika |
| Inne usługi medyczne | Prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznym |
| Szczepienia | BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU szczepienie przeciwko grypie sezonowej anatoksyna przeciw tężcowi szczepienie przeciw WZW typu A szczepienie przeciw WZW typu A i B |
| Inne usługi oferowane przez Wykonawcę | Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |

**ZAŁĄCZNIK NR 2c DO FORMULARZA OFERTY**

**ZAKRES GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ – PODGRUPA III**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Podgrupa III** |
| Infolinia i rejestracja medycznaFunkcjonowanie infolinii i rejestracji medycznej, w tym:a) umawianie świadczeń zdrowotnych (m.in. wizyt lekarskich, badań),b) przesyłanie informacji o zaplanowanych i umówionych świadczeniach zdrowotnych poprzez sms lub e-mail | TAK |
| Honorowanie skierowań na badania od wszystkich lekarzy (bez względu na fakt czy pochodzi ono spośród świadczeniodawców współpracujących z Wykonawcą czy nie). | TAK |
| Bezpłatny, nielimitowany dostęp do lekarza podstawowej opieki medycznej: internista, pediatra, lekarz rodzinny. | TAK |
| Bezpłatne, nielimitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | ginekolog, kardiolog, laryngolog, okulista, ortopeda, diabetolog, chirurg ogólny, dermatolog, alergolog, endokrynolog, nefrolog, neurolog |
| + co najmniej 15 specjalizacji lekarskich wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące specjalizacje dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Bezpłatne, limitowane wizyty u specjalistów realizowane bez skierowania zgodnie z zakresem wskazanym dla każdej z Podgrup. | Co najmniej 4 wizyty w roku dla specjalizacji psycholog oraz psychiatra |
| Konsultacje do 18 r.ż.  | W przypadku gdy uprawnionym do świadczeń jest dzieckodo 15. roku życia, dostęp do konsultacji specjalistycznych zależy od dostępności danego specjalisty dziecięcego w danej lokalizacji. |
| **Konsultacje profesorskie** | + |
| **Telemedycyna- e-konsultacje** | +Wykonawca zagwarantuje porady telemedyczne udzielane przez lekarzy, realizowane bez skierowań, przysługujące Uczestnikowi w ramach wybranej Podgrupy |
| **Wizyty domowe**Porada w ramach wizyty domowej udzielana przez lekarza internistę lub lekarza rodzinnego w wybranych miejscowościach na terenie kraju, po wcześniejszym zgłoszeniu konieczności wykonania takiej usługi konsultantowi infolinii, w godzinach wskazanych przez placówkę medyczną i na terenie administracyjnym określonym przez placówkę medyczną. W przypadku wizyty domowej nie ma możliwości swobodnego wyboru lekarza.**Doprecyzowanie:**Konsultacje lekarskie z zakresu: chorób wewnętrznych (interny) lub medycyny rodzinnej albo pediatrii udzielane całodobowo w domu ubezpieczonego, konieczne z uwagi na stan zdrowia pacjenta, uniemożliwiający mu przybycie do placówki medycznej. Wizyty domowe obejmują tylko przypadki nagłych zachorowań lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, z wyłączeniem stanów bezpośredniego zagrożenia życia. Wizyta domowa ma na celu postawienie diagnozy i rozpoczęcie leczenia, natomiast kontynuacja leczenia, a także wizyty kontrolne odbywają się we wskazanych placówkach medycznych. Usługa realizowana jest w zakresie terytorialnym określonym przez świadczeniodawcę (informacja dostępna na infolinii). Decyzja o konieczności realizacji wizyty domowej podejmowana jest na podstawie przeprowadzonego wywiadu. | Co najmniej 3 wizyty w roku |
| Bakteriologia | Posiew moczuKał posiew ogólnyWymaz z pochwy – posiew tlenowy / beztlenowyWymaz z kanału szyjki macicy – posiew tlenowy / beztlenowyWymaz z rany – posiew tlenowy / beztlenowyWymaz z nosogardła – posiew tlenowy / beztlenowyBadanie mykologiczne – posiew w kierunku grzybów paznokci, włosów, skóryWymazy w kierunku grzybów drożdżopodobnych - gardła, cewki moczowej, kanału szyjki macicy, nosa, pochwy, rany |
| + co najmniej 20 badań bakteriologicznych wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Biochemia | CRP ilościowoBiałko całkowiteBilirubina całkowitaTest obciążenia glukoząGlukoza na czczoCholestereol, HDL, LDLTrójglicerydyLipidogramWapń, Żelazo, Potas, Sód, MagnezKreatyninaKwas moczowyKwas foliowyWitamina B12Immunoglobulin IgE, IgA, IgG, IgMŻelazo - krzywa wchłanianiaCRP – test paskowyCholesterol badanie paskoweGlukoza badanie glukometremTroponina – badanie paskowe |
| + co najmniej 20 badań biochemicznych wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania hormonalne  | TSH / hTSHT3 WolneT4 WolneKortyzolProlaktyna po obciążeniuProgesteronTestosteron |
| + co najmniej 8 badań hormonalnych wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania nowotworowe |  PSA – wolna frakcja PSA całkowite CEA – antygen carcinoembrionalny AFP – alfa-fetoproteina |
| + co najmniej 6 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Hematologia i koagulologia | Morfologia + płytki + rozmaz automatycznyOB / ESRINR / Czas protrombinowyCzas trombinowy – TT |
| + co najmniej 6 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Serologia i immunologia | ASO ilościowo, jakościowoGrupa krwi AB0, Rh, p / ciała przeglądoweP/ciała odpornościowe przeglądowe/alloprzeciwciałaCMV IgG, IgMHIV I / HIV IIEBV / Mononukleoza IgG, IgMToksoplazmoza IgG, IgM |
| + co najmniej 20 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania moczu | Mocz – badanie ogólneBiałko w moczu, Białko całkowiteFosfor w moczu, Fosfor DZMKreatynina w moczu, Kreatynina DZMKwas moczowy w moczu, Kwas moczowy DZMMagnez / Mg w moczu, Magnez / Mg DZMSód / Na w moczu, Sód / Na DZM |
| + co najmniej 5 dodatkowych badań wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Badania kału |  Kał badanie ogólne Kał na pasożyty 1 próba Krew utajona w kale / F.O.B. Kał na Rota i Adenowirusy |
| Zabiegi z zakresu alergologii | odczulanie (bez kosztu podawanych leków)testy alergiczne skórne 1 punkttesty alergiczne skórne panel pokarmowytesty alergiczne skórne panel wziewnytesty płatkowe / kontaktowe – panel podstawowytesty alergiczne z krwi wraz z pobraniem materiału |
| + co najmniej 2 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu chirurgii/ogólne | Usunięcie kleszcza – chirurgiczne niechirurgiczneZałożenie / zmiana / usunięcie – opatrunek niewymagający opracowania chirurgicznegoUsunięcie innego ciała obcego bez nacięciaSzycie rany do 1,5 cmUsunięcie szwów po zabiegach  |
| + co najmniej 2 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu dermatologii |  Dermatoskopia Zabieg dermatologiczny – ścięcie i koagulacja włókniaków skóry Zabieg dermatologiczny metodą krioterapii do 10 zmian Zabieg dermatologiczny metodą elektroterapii do 10 zmian |
| Zabiegi z zakresu ginekologii/urologii |  pobranie materiału do badania cytologicznego |
| + co najmniej 3 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu laryngologii | Badanie trąbek słuchowych przedmuchiwaniePłukanie uchaUsunięcie ciała obcego z nosa / uchaProste opatrunki laryngologiczneKoagulacja naczyń przegrody nosaUsunięcie tamponady nosaZaopatrzenie krwotoku z nosaUsunięcie szwów w gabinecie zabiegowym po zabiegach laryngologicznych  Nastawienie nosa zamknięte Płukanie zatok |
| + co najmniej 5 dodatkowych zabiegów wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu okulistyki |  Badanie dna oka Dobór szkieł korekcyjnych (nie obejmuje soczewek z płynną ogniskową) Gonioskopia (ocena kąta przesączania) Usunięcie ciała obcego z oka Badanie ostrości widzenia Badanie autorefraktometrem Podanie leku do worka spojówkowego Pomiar ciśnienia śródgałkowego Badanie widzenia przestrzennego Płukanie kanalików łzowych |
| Zabiegi z zakresu ortopedii | Dopasowanie drobnego sprzętu ortopedycznego – małe i duże stawyNastawienie zwichnięcia lub złamaniaPrzygotowanie gips tradycyjny – opaskaZałożenie gipsuZdjęcie gipsu – z kończyny Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały |
| + co najmniej 4 dodatkowe zabiegi wskazane przez oferenta w ofercieOferujemy następujące badania dodatkowe: ……………………………………………………… |
| Zabiegi z zakresu rehabilitacji | BEZPŁATNIE, 15 ZABIEGÓW W ROKU ( 10 zab.fizykoterapii i 5 zab.kinezyterapii)Za fizykoterapię rozumie się - ćwiczenia bierne, ćwiczenia czynne w odciążeniu, ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia czynne z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające, ćwiczenia izometryczne, mobilizacje i manipulacje, neuromobilizacje, masaż suchy częściowy, wyciągiZa kinezyterapię rozumie się - elektrostymulacja, galwanizacja, jonoforeza, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, prądy TENS, prądy Träberta, magnetoterapia, ultradźwięki miejscowe, laseroterapia punktowa, sollux |
| Zabiegi z zakresu stomatologii | bezpłatny przegląd stomatologiczny raz w rokuZniżki na usługi i zabiegi stomatologiczne zgodnie z zakresem wskazanym przez oferenta w ofercie |
| Badania radiologiczne | Wykonawca zaproponuje w ofercie co najmniej 80 procedur medycznych z zakresu RTGOferujemy następujące procedury: ……………………………………………………… |
| Badania ultrasonograficzne |  USG jamy brzusznej USG piersi USG prostaty przez powłoki brzuszne USG ginekologiczne transwaginalne Echokardiografia – USG serca |
| Wykonawca zaproponuje w ofercie co najmniej 25 dodatkowych procedur medycznych z zakresu USGOferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Badania endoskopowe |  Anoskopia Gastroskopia (z testem urazowym) Kolonoskopia Badanie histopatologiczne – materiału z biopsji endoskopowej |
| + co najmniej 1 dodatkowa procedura medyczna z zakresu badań endoskopowych wskazana przez oferenta w ofercieOferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Tomografia komputerowa bez kosztów kontrastu | TK – Tomografia komputerowa głowy |
| + co najmniej 30 dodatkowych procedur medycznych z zakresu tomografii komputerowej wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Rezonans magnetyczny bez kosztów kontrastu | MR – Rezonans magnetyczny głowy |
| + co najmniej 25 dodatkowych procedur medycznych z zakresu rezonansu magnetycznego wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| Ambulatoryjna opieka pielęgniarska / Pielęgniarskie zabiegi ambulatoryjne |  Iniekcja dożylna Iniekcja podskórna / domięśniowa Kroplówka w sytuacji doraźnej Podanie leku doustnego w sytuacji doraźnej Pomiar temperatury ciała (bez skierowania Lekarza) Założenie / zmiana / usunięcie – opatrunek mały Pobranie krwi Mierzenie RR / ciśnienia (bez skierowania Lekarza) Pomiar wzrostu i wagi ciała (bez skierowania Lekarza) Usługa położnej w gabinecie – badanie palpacyjne piersi |
| Badania czynnościowe |  Spirometria bez leku Spiromteria - próba rozkurczowa Audiometr Mammografia (w tym zdjęcie celowane) EKG –spoczynkowe Próba wysiłkowa Założenie Holtera EKG lub RR (na 24h) w gabinecie EEG w czuwaniu |
| + co najmniej 5 dodatkowych procedur medycznych z zakresu badań czynnościowych wskazanych przez oferenta w ofercieOferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |
| pozostałe badania |  Cytologia szyjki macicy Cytologiczne badanie błony śluzowej nosa Znieczulenie miejscowe: nasiękowe lub powierzchowne Znieczulenie miejscowe (powierzchowne) do endoskopii Biopsja cienkoigłowa skóry / tkanki podskórnej Biopsja cienkoigłowa sutka Biopsja cienkoigłowa ślinianki Biopsja cienkoigłowa tarczycy Biopsja cienkoigłowa węzłów chłonnych Usunięcie / Założenie cewnika Foleya |
| Inne usługi medyczne | Refundacja świadczeń:Wykonawca gwarantuje refundację kosztów świadczeń medycznych, zrealizowanych na terenie Polski, w placówce medycznej innej niż wskazana przez Wykonawcę. Wysokość refundacji wynosi maksymalnie 70% kosztu wizyty u lekarza, zabiegów ambulatoryjnych oraz diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, przysługujących Uczestnikowi w ramach posiadanego Wariantu. Limit refundacji wynosi 500 zł kwartalnie. Refundacja nie dotyczy stomatologii. Refundacja odbywa się na odstawie faktury wystawionej na Uczestnika |
| Inne usługi medyczne | Prowadzenie ciąży o przebiegu fizjologicznymProgramy profilaktyczne 1 raz w roku |
| Szczepienia | BEZPŁATNIE, RAZ W ROKU szczepienie przeciwko grypie sezonowej anatoksyna przeciw tężcowi szczepienie przeciw WZW typu A szczepienie przeciw WZW typu A I B odkleszczowe zapalenie opon mózgowych, odra, świnka, różyczka |
| Inne usługi oferowane przez Wykonawcę | Oferujemy następujące dodatkowe procedury: ……………………………………………………… |