

Wykaz Świadczeń Zdrowotnych TU INTER Polska S.A. Realizowanych w Ramach Ubezpieczenia Zdrowotnego INTER VISION

Wykaz nr (01)

KONSULTACJE I ZABIEGI AMBULATORYJNE

BASIC i SILVER:

- obejmuje świadczenia od 01 001 do 01 004

GOLD:

- obejmuje świadczenia od 01 001 do 01 006

DIAMOND:

- obejmuje wszystkie świadczenia z wykazu

Nr świadczenia	Rodzaj świadczenia	Wartość świadczenia w PLN
01 001	Konsultacja lekarza (z wyłączeniem konsultacji lekarza medycyny pracy)	69,00
01 002	Konsultacja lekarska zabiegowa, łącznie z kosztem leków i materiałów:	69,00
A	opatrzenie nagłych i drobnych urazów (szycie rany, skręcenia, zwichnięcia – unieruchomienie kończyn i stawów, oparzenia, odmrożenia)	
B	nacięcie ropnia lub krwiaka	
C	punkcja stawu	
D	usunięcie kleszcza	
E	iniekcja dostawowa	
F	płukanie dróg łzowych	
G	płukanie uszu	
H	przedmuchiwanie trąbki słuchowej	
I	usuwanie woskowiny usznej	
J	usunięcie ciała obcego z oka, ucha, nosa lub gardła	
K	krwawienie z nosa – postępowanie zachowawcze	
L	założenie opatrunku (ucho, oko, nos)	
M	założenie/usunięcie cewnika	
01 003	Zabiegi pielęgniarstwa	15,00
A	iniekcje dożylna, domięśniowa, podskórna, śródskórna – bez kosztu leku	
B	zmiana opatrunku	
C	zdjęcie szwów	
D	anatoksyna przeciwężcowa	
E	próba uczuleniowa na lek	
01 004	Założenie i zdjęcie gipsu, łącznie z kosztem materiałów	80,00
01 005	Wizyta domowa lekarza rodzinnego, internisty, pediatry	100,00
01 006	Konsultacja lekarska – odczulanie	40,00
01 007	Konsultacja psychoterapeutyczna (max.20 spotkań w roku ubezpieczeniowym)	80,00

Wykaz nr (02)

LABORATORIUM (badania wymagające skierowania lekarskiego)

- Obowiązuje dla wariantów: **BASIC, SILVER, GOLD i DIAMOND**

Nr świadczenia	Rodzaj świadczenia	Wartość świadczenia w PLN
02 001	Albuminy	10,00
02 002	Alfafetoproteina (AFP)	35,00
02 003	Antygen Hbe	29,00
02 004	Antygen Hbs	29,00
02 005	Antygen karcinoembrionalny (CEA)	36,00
02 006	Antytrombina III ilościowo	46,00
02 007	Badanie bakteriologiczne nasienia	25,00
02 008	Badanie mykologiczne z mykogramem	34,00
02 009	Białko Bence-Jonesa	15,00
02 010	Białko całkowite	7,00

Nr świadczenia	Rodzaj świadczenia	Wartość świadczenia w PLN
02 011	Białko ostrej fazy (CRP)	13,00
02 012	Bilirubina bezpośrednia	9,00
02 013	Bilirubina całkowita	7,00
02 014	CA 125 antygen raka jajnika	45,00
02 015	CA 15.3 antygen raka sutka	41,00
02 016	CA 19.9 antygen raka przewodu pokarmowego	42,00
02 017	Ceruloplazmina	23,00
02 018	Chlorki	8,00
02 019	Cholesterol	8,00
02 020	Cholesterol HDL	10,00
02 021	Cholesterol LDL	8,00
02 022	Cytologia	40,00
02 023	Czas koalinowo-kefalinowy (APTT)	12,00
02 024	Czas trombinowy (TT)	6,00
02 025	Czas trombolastynowy (INR)	12,00
02 026	DHEA	30,00
02 027	DHEA-S	30,00
02 028	Diastaza/amylaza we krwi	12,00
02 029	Digoksyna – poziom w surowicy	27,00
02 030	Estradiol	35,00
02 031	Ferrytyna	27,00
02 032	Fibrynogen	13,00
02 033	Fosfataza alkaliczna (ZAS)	8,00
02 034	Fosforany	23,00
02 035	Fosfataza kwaśna	14,00
02 036	Fosfataza niesterczowa Kw	14,00
02 037	FSH	30,00
02 038	FT 3	25,00
02 039	FT 4	25,00
02 040	GGTP	8,00
02 041	Glukoza	7,00
02 042	Glukoza – glukometr	5,00
02 043	Glukoza – krzywa cukrowa	20,00
02 044	Grupa krwi i Rh	17,00
02 045	Grzyby w moczu	28,00
02 046	Gonadotropina (HCG)	30,00
02 047	Hemoglobina glikowana we krwi (HBA 1c)	25,00
02 048	HIV	49,00
02 049	IgE całkowite	30,00
02 050	Immunoglobulina IgA	25,00
02 051	Immunoglobulina IgG	25,00
02 052	Immunoglobulina IgM	30,00
02 053	Insulina	20,00
02 054	Kał – badanie ogólne	25,00
02 055	Kał na krew utajoną (1 próba)	11,00
02 056	Kał na lamblie (test ELISA)	25,00
02 057	Kał na nosicielstwo	80,00
02 058	Kał na pasożyty (3 próby)	36,00
02 059	Katecholaminy	28,00
02 060	Kinaza keratyninowa (CPK)	17,00
02 061	Kortyzol	28,00
02 062	Kreatynina	7,00
02 063	Kreatynina z dobowej zbiórki moczu	7,00
02 064	Kwas foliowy	31,00

Nr świadczenia	Rodzaj świadczenia	Wartość świadczenia w PLN
02 065	Kwas moczowy	7,00
02 066	Dehydrogenaza mleczanowa (LDH)	12,00
02 067	LH	30,00
02 068	Lipaza	13,00
02 069	Lipidogram	37,00
02 070	Lipoproteina a w surowicy LP(a)	50,00
02 071	Magnez	7,00
02 072	Marker nowotworu tarczycy (Tyreoglobulina)	35,00
02 073	Miedź w surowicy	23,00
02 074	Mocz – ALA (ołów)	30,00
02 075	Mocz – badanie mikroskopowe ogólne	5,00
02 076	Mocz – badanie ogólne	7,00
02 077	Mocz – białko	6,00
02 078	Mocz – fosfor	6,00
02 079	Mocz – fosfor dobowo	10,00
02 080	Mocz – glukoza	6,00
02 081	Mocz – kreatynina	6,00
02 082	Mocz – kreatynina dobowo	6,00
02 083	Mocz – kwas moczowy	6,00
02 084	Mocz – kwas moczowy dobowo	6,00
02 085	Mocz – liczba Addisa	10,00
02 086	Mocz – magnez	6,00
02 087	Mocz – magnez dobowo	6,00
02 088	Mocz – metoksykatecholaminy	50,00
02 089	Mocz – poziom diastazy/amylazy	6,00
02 090	Mocz – wapń	10,00
02 091	Mocz – wapń dobowo	10,00
02 092	Mocznik	7,00
02 093	Mononukleozę – test	30,00
02 094	Morfologia krwi – płytki i rozmaz	11,00
02 095	Morfologia rozmaz ręczny	10,00
02 096	OB	5,00
02 097	Odczyn antystreptolizynowy (ASO)	10,00
02 098	Odczyn latexowy (RF)	15,00
02 099	Odczyn Waalera–Rosego	12,00
02 100	Ołów we krwi (AAS)	25,00
02 101	Osteokalcyna	45,00
02 102	Parathormon	40,00
02 103	Pierwotniaki w moczu	10,00
02 104	Posiew z antybiogramem	48,00
02 105	Potas	7,00
02 106	Progesteron	25,00
02 107	Prolaktyna (PRL)	25,00
02 108	Proteinogram	40,00
02 109	Próba ciążowa (z krwi)	32,00
02 110	Próba ciążowa (z moczu)	12,00
02 111	Przeciwciała anty–HAV	65,00
02 112	Przeciwciała anty–Hbe	40,00
02 113	Przeciwciała anty–Hbs	40,00
02 114	Przeciwciała anty–HCV	40,00
02 115	Przeciwciała borelioza IgG i IgM	60,00
02 116	Przeciwciała chlamydia IgG i IgM/IgA	60,00
02 117	Przeciwciała cytomegalia IgG i IgM	60,00
02 118	Przeciwciała helicobacter pylori	25,00
02 119	Przeciwciała herpes IgG i IgM	60,00
02 120	Przeciwciała przeciwjądrowe	40,00
02 121	Przeciwciała przeciwarczycowe (komplet)	63,00
02 122	Przeciwciała RH (ciąża)	32,00
02 123	Przeciwciała różyczka IgG i IgM	60,00
02 124	Przeciwciała toxoplazmoza IgG i IgM	60,00

Nr świadczenia	Rodzaj świadczenia	Wartość świadczenia w PLN
02 125	PSA	35,00
02 126	Reticulocyty	6,00
02 127	Sód	7,00
02 128	T3	20,00
02 129	T4	20,00
02 130	Test antyglobulinowy (BTA, PTA)	32,00
02 131	Test z metoclopramidem	150,00
02 132	Testosteron (TTE)	25,00
02 133	Transaminaza ALAT	8,00
02 134	Transaminaza ASPAT	8,00
02 135	Trójglicerydy	17,00
02 136	Tyreotropina (TSH)	20,00
02 137	Wapń	7,00
02 138	Witamina B 12	32,00
02 139	WR	7,00
02 140	Wskaźnik protrombinowy Quick	12,00
02 141	Żelazo (Fe)	8,00
02 142	Żelazo krzywa wchłaniania	30,00
02 143	Żelazo związane TIBC transferyny	12,00

Wykaz nr (03)

DIAGNOSTYKA (badania wymagające skierowania lekarskiego)

BASIC i SILVER:

- obejmuje świadczenia od 03 001 do 03 023

GOLD i DIAMOND:

- obejmuje wszystkie świadczenia z wykazu

Nr świadczenia	Rodzaj świadczenia	Wartość świadczenia w PLN
03 001	RTG (z wyłączeniem RTG dentystrycznego)	49,00
03 002	USG	60,00
03 003	USG Doppler	85,00
03 004	Urografia z kontrastem	100,00
03 005	EKG spoczynkowe	20,00
03 006	EKG próba wysiłkowa	40,00
03 007	EKG Holter	60,00
03 008	Holter ciśnieniowy	60,00
03 009	EEG	80,00
03 010	EMG	120,00
03 011	Gastroskopia	90,00
03 012	Kolonoskopia ze znieczuleniem ogólnym	200,00
03 013	Rektoskopia ze znieczuleniem miejscowym	100,00
03 014	Sigmoidoskopia ze znieczuleniem miejscowym	100,00
03 015	Biopsja – pobranie materiału do analizy łącznie z badaniem cytologicznym	90,00
03 016	Badanie histopatologiczne	55,00
03 017	Densytometria screeningowa	50,00
03 018	Tomografia komputerowa z kontrastem (z wyłączeniem tomografii dentystrycznej)	200,00
03 019	Rezonans magnetyczny z kontrastem	400,00
03 020	Spirometria	36,00
03 021	Audiometria screeningowa	30,00
03 022	Mammografia	90,00
03 023	Badanie pola widzenia	35,00
03 024	GDX	100,00
03 025	Gonioskopia	20,00
03 026	Skórne testy alergiczne metodą nakłuć (20 alergenów)	80,00
03 027	Testy alergiczne z krwi – IgE specyficzne	30,00

Wykaz nr (04)

ŚRODKI POMOCNICZE
SILVER i GOLD:

- obejmuje świadczenia od 04 001 do 04 007,
(środki pomocnicze przysługują Ubezpieczonemu jeżeli są konieczne do zastosowania w związku z zabiegiem chirurgicznym wykonywanym w trakcie leczenia szpitalnego)

DIAMOND:

- obejmuje wszystkie świadczenia z wykazu

Nr świadczenia	Rodzaj świadczenia	Wartość świadczenia w PLN
04 001	Pomoc do chodzenia – balkoniki	200,00
04 002	Pomoc do chodzenia – kule	60,00
04 003	Pomoc do chodzenia – laski	30,00
04 004	Protezy różnych części ciała	750,00
04 005	Wózki inwalidzkie	1000,00
04 006	Pomoce logopedyczne (w tym konsultacje logopedyczne)	1000,00
04 007	Ortezy	150,00
04 008	Lecznice wkładki ortopedyczne	65,00
04 009	Buty ortopedyczne	400,00
04 010	Sznurówka lędźwiowo–krzyżowa	80,00
04 011	Okulary/szklka kontaktowe (co trzy lata)	200,00
04 012	Aparat słuchowy	1.000,00
04 013	Aparat do mierzenia ciśnienia	50,00
04 014	Inhalator	140,00
04 015	Stymulator mięśni np. przyrząd Tensa	200,00
04 016	Odsysacz	1.000,00
04 017	Aparat do mierzenia poziomu cukru	120,00

Wykaz nr (05)

REHABILITACJA (zabiegi wymagają skierowania lekarskiego)

- Obowiązuje dla wariantu: **DIAMOND**

Nr świadczenia	Rodzaj zabiegu	Wartość świadczenia w PLN za 1 zabieg
05 001	Hydroterapia/Balneoterapia	12,00
A	Hydromasaż	
B	Kąpiel perełkowa	
C	Kąpiel wirowa kończyn	
D	Bicz szkockie	
E	Masaż ozonowy	
F	Kąpiel solankowa	
G	Kąpiel w gazowym CO2	
H	Okłady borowinowe	
05 002	Krioterapia całościowa	30,00
05 003	Krioterapia miejscowa	6,00
05 004	Światłolecznictwo	15,00
A	Naświetlanie promieniami UV	
B	Naświetlanie lampą Sollux	
05 005	Laseroterapia – skaner	15,00
05 006	Laseroterapia punktowa	6,00
05 007	Elektrolecznictwo	14,00
A	Prąd galwaniczny stały	
B	Dwufazowy prąd impulsowy ze zmienną polaryzacją	
C	TENS	
D	TENS ze zmienną polaryzacją	
E	TENS burst ze zmienną polaryzacją	
F	Jonoforeza	
G	Fonoforeza	
H	Ultradźwięki	
I	Tonoliza	
J	Prądy Traberta/interferencyjne	

Nr świadczenia	Rodzaj zabiegu	Wartość świadczenia w PLN za 1 zabieg
05 008	Magnetoterapia	10,00
05 009	Masaż leczniczy	30,00
A	Klasyczny	
B	Wibracyjny	
C	Segmentarny	
05 010	Inhalacje	10,00
05 011	Kinezyterapia	17,00
A	Ćwiczenia bierne	
B	Ćwiczenia czynno–bierne	
C	Ćwiczenia czynne	
D	Ćwiczenia czynne w odciążeniu	
E	Ćwiczenia czynne z oporem	
F	Ćwiczenia z piłkami terapeutycznymi	
G	Ćwiczenia z taśmami terapeutycznymi	
H	Ćwiczenia wolne na materacach	
I	Ćwiczenia na rowerze rehabilitacyjnym	
J	Gimnastyka ogólnorozwojowa	
05 012	Leczenie zespołów bólowych kręgosłupa metodą Ackermanna	40,00
05 013	Trening sprawności mózgu	30,00

Wykaz nr (06)

DENTYSTYKA

- Obowiązuje dla wariantów: SILVER, GOLD i DIAMOND

Nr świadczenia	Rodzaj zabiegu	Wartość świadczenia w PLN (W cenie zawierają się koszty materiału i robocizny)
06 001	Zdjęcie RTG w przeliczeniu na jeden radiogram	20,00
06 002	Pantomogram	50,00
06 003	Znieczulenie (nasiętkowe lub przewodowe)	20,00
06 004	Małe wypełnienie zęba (jedna powierzchnia)	70,00
06 005	Średnie wypełnienie zęba (dwie powierzchnie)	95,00
06 006	Duże wypełnienie zęba (trzy powierzchnie)	140,00
06 007	Odbudowa zęba	200,00
06 008	Leczenie zęba mlecznego – wypełnienie, ekstrakcja	50,00
06 009	Opatrunek leczniczy	50,00
06 010	Leczenie endodontyczne – za kanał, w tym:	
A	dewitalizacja/ekstirpacja miazgi	50,00
B	opracowanie/udrożnienie kanału	20,00
C	wypełnienie kanału	50,00
06 011	Lakierowanie zębów fluorem – za 1 łuk	50,00
06 012	Scaling zębów nazębnych –za 1 łuk	50,00
06 013	Piaskowanie zębów – za 1 łuk	50,00
06 014	Lakowanie zębów – 1 ząb	30,00
06 015	Ekstrakcja zęba stałego	70,00
06 016	Chirurgiczne usunięcie zęba	120,00
06 017	Chirurgiczne usunięcie zęba zatrzymanego z dutowaniem	315,00
06 018	Resekcja wierzchołka korzenia	300,00
06 019	Szycie rany	30,00
06 020	Usunięcie szwów	10,00
06 021	Zamknięcie zatoki szczękowej	175,00
06 022	Usunięcie ropnia	120,00
06 023	Usunięcie torbieli	250,00
06 024	Leczenie zgorzeli – za wizytę	40,00
06 025	Proste zabiegi w leczeniu paradontozy – w przeliczeniu na jedno przyzębie	20,00

Nr świadczenia	Rodzaj zabiegu	Wartość świadczenia w PLN (W cenie zawierają się koszty materiału i robocizny)
06 026	Kiretaż otwarty – w przeliczeniu na jedno przyzębie	35,00
06 027	Kiretaż zamknięty – w przeliczeniu na jedno przyzębie	20,00
06 028	Opatrunek po zabiegu chirurgicznym	30,00
06 029	Leczenie ortodontyczne, włącznie z konsultacjami ortodontycznymi, kosztami materiałów i pracy technika, w ciągu 4 lat ubezpieczeniowych	4.000,00

Wykaz nr (07)

PROTETYKA

- Obowiązuje dla wariantów: **GOLD i DIAMOND**

Nr świadczenia	Rodzaj zabiegu	Wartość świadczenia w PLN (W cenie zawierają się koszty materiału i robocizny)
07 001	Wkład koronowo–korzeniowy	200,00
07 002	Korona tymczasowa	60,00
07 003	Korona akrylowa	200,00
07 004	Korona lana	300,00
07 005	Korona porcelanowa/teleskopowa/pelnoceramyczna	450,00
07 006	Zacementowanie korony, naprawa (1 punkt)	60,00
07 007	Punkt mostu tymczasowy akrylowy	60,00
07 008	Punkt mostu akrylowy	80,00
07 009	Punkt mostu lany	300,00
07 010	Punkt mostu porcelana	450,00
07 011	Proteza częściowa akrylowa –za łuk	280,00
07 012	Proteza szkieletowa	1200,00
07 013	Proteza całkowita – za łuk	475,00
07 014	Podścielenie protezy	150,00
07 015	Naprawa protezy	100,00
07 016	Dostawienie zęba do protezy, kłamy (1 punkt)	70,00
07 017	Założenie implantu, włącznie zabiegi chirurgiczne i koszty materiałów, w przeliczeniu na łuk	4250,00

Wykaz nr (08)

PROFILAKTYKA raz w roku kalendarzowym (bez skierowania lekarskiego)

BASIC, SILVER i GOLD:

- obejmuje świadczenia od 08 001 do 08 024

DIAMOND:

- obejmuje wszystkie świadczenia z wykazu

Nr świadczenia	Rodzaj świadczenia	Wartość świadczenia w PLN
BADANIA LABORATORYJNE		
08 001	Morfologia – płytki i rozmaz	11,00
08 002	OB	5,00
08 003	Glukoza	7,00
08 004	Lipidogram	37,00
08 005	Ogólna analiza moczu	7,00
08 006	Kreatynina	7,00
08 007	Mocznik	7,00
08 008	Kwas moczowy	7,00
08 009	Sód	7,00
08 010	Potas	7,00
08 011	Bilirubina	7,00
08 012	Transaminazy ASPAT	8,00
08 013	Transaminazy ALAT	8,00
08 014	PSA u mężczyzn po 40 roku życia	35,00
08 015	Kał na krew utajoną 1 próba	11,00
DENTYSTYKA		
08 016	Przegląd dentystyczny, 2 x w roku ubezpieczeniowym	25,00
BADANIA DIAGNOSTYCZNE		
08 017	EKG spoczynkowe	35,00
08 018	Mammografia po 40 roku życia	90,00
08 019	USG sutka	60,00
08 020	Cytologia ginekologiczna	40,00
KONSULTACJE LEKARSKIE		
08 021	Konsultacja internistyczna	69,00
08 022	Konsultacja urologiczna z badaniem per rectum	69,00
08 023	Konsultacja ginekologiczna	69,00
08 024	Szczepienie przeciw grypie łącznie z kosztami szczepionki	35,00
08 025	Szczepienie przeciw chorobom tropikalnym łącznie z kosztami szczepionki (jedna dawka)	130,00

Niniejszy Wykaz świadczeń został zatwierdzony Uchwałą nr 61/2012 Zarządu TU INTER Polska SA z dnia 29.11.2012 r. i ma zastosowanie do umów zawieranych od dnia 21.12.2012 r.



Roberto Svenda
Członek Zarządu



Janusz Szulik
Prezes Zarządu