

## ТЕРМІНОЛОГІЯ

Цей Додаток містить пояснення до термінів та визначень, що вживаються в Договорі, а також деталізацію ВИДІВ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ та ПОСЛУГ, передбачених Програмою страхування, пояснення щодо порядку та обсягу їх надання. ОБМЕЖЕННЯ, що передбачені Програмою страхування, не можуть бути змінені цим Додатком. Обсяг видів допомоги та послуг, передбачений Договором, повністю відображений в Програмі страхування, що має перевагу перед іншими частинами Договору.

### ЗАГАЛЬНІ ВИЗНАЧЕННЯ

**Компанія** – страховик згідно з Законом України «Про страхування».

**Клієнт** – страхувальник згідно з Законом України «Про страхування», надалі Сторони.

**Застрахований** – застрахована особа згідно з Законом України «Про страхування», в інтересах якої укладено цей Договір за її згодою.

**Асистанс** – спеціалізована організація, що має необхідне технічне забезпечення та персонал (лікарів-координаторів), залучена Компанією на договірних засадах, для забезпечення цілодобового обслуговування Застрахованого згідно з цим Договором.

**Картка Застрахованого** – пластикова картка, видана Компанією Застрахованим за цим Договором, призначена для авторизації Застрахованого при зверненні в Медичні заклади. При цьому підтвердження особи, вказаної в Картці Застрахованого, здійснюється на підставі паспорта або іншого документа, що посвідчує особу згідно з законодавством.

**Захворювання** – патологічні зміни організму людини (погіршення стану здоров'я), що проявляється порушеннями його будови, обміну речовин та/або функціонування. За характером перебігу захворювання поділяються на гострі захворювання та хронічні захворювання. Окремою групою захворювань в Договорі виділено критичні захворювання, вперше виявлені протягом дії Договору.

**Гостре захворювання** – захворювання, що виникло несподівано, серед повного здоров'я Застрахованого та/або причини виникнення якого ніяк не пов'язані із станом здоров'я Застрахованого, що існував до моменту початку даного захворювання.

**Хронічне захворювання** — захворювання, що виникло поступово та характеризується довготривалістю з повільно виникаючими патологічними змінами в організмі, часто без симптомів та повільним перебігом з періодами загострення та ремісії.

**Загострення хронічного захворювання** – період розвитку хронічного захворювання, що характеризується посиленням посилення патологічних проявів та/або симптомів хронічного захворювання (без виникнення нового захворювання), та потребує надання медичної допомоги, а у випадку ненадання медичної допомоги може призвести до тривалого розладу здоров'я або загрожувати життю Застрахованого.

**Хронічне захворювання в стадії ремісії** – період перебігу хронічного захворювання Застрахованого, що характеризується зменшенням суб'єктивних скарг та стиханням об'єктивних клінічних проявів хронічного захворювання спонтанно або внаслідок проведеного лікування, зміни способу життя, покращення стану здоров'я Застрахованого порівняно з стадією загострення.

**Нещасний випадок** - раптова, випадкова, непередбачувана дія зовнішніх причин (механічних, хімічних, технічних тощо), які настали в строк дії Договору незалежно від волі Застрахованого, що призвели до тимчасового або постійного розладу здоров'я Застрахованого та/або його загибелі. До зовнішніх причин відносяться стихійні явища, пожежа, вибух, удар блискавки, дія електричної або іншої енергії, аварія, протиправні дії третіх осіб, напад та укуси тварин, отруйних змій, комах, випадкове отруєння газами тощо.

**Критичне захворювання** – тяжке захворювання, вперше виявлене у Застрахованого протягом дії Договору із переліку, зазначеного в Програмі страхування

**Основне захворювання** – захворювання (розлад здоров'я внаслідок нещасного випадку) певної однієї нозологічної одиниці, крім захворювань, що є виключеннями зі страхових випадків, що стало безпосередньою (основною) причиною для звернення Застрахованого за медичною допомогою (тимчасової/постійної втрати

працездатності, госпіталізації тощо). Не відносяться до основних захворювань супутні захворювання, які не були основною причиною звернення за медичною допомогою.

**Інші випадки**, передбачені Договором – інші випадки, що покриваються Програмою страхування, пов'язані з отриманням Застрахованим медичної допомоги лікувального, профілактичного, оздоровчого характеру тощо.

**МКХ-10** – Міжнародна класифікація хвороб, розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я, десятого перегляду.

**Протокол лікування** – клінічний протокол/стандарти лікування/накази, затверджені та/або рекомендовані до використання МОЗ України.

**Медичний заклад** – заклад охорони здоров'я, що співпрацює з Компанією, включений до переліку на сайті Компанії за посиланням [https://www.salamandra.ua/List\\_LPU.pdf](https://www.salamandra.ua/List_LPU.pdf).

**Програма страхування** – перелік видів медичної допомоги та послуг, що надаються Застрахованому за цим Договором, із зазначенням обмежень на страхування (ліміти, франшизи, клас Медичних закладів, у яких надаються медичні послуги Застрахованому, інші обмеження). Обсяг послуг, покриваються цим Договором для Застрахованого згідно з обраною Програмою страхування деталізується та застосовується з врахуванням деталізації відповідних видів допомоги та послуг, вказаних в цьому Додатку «Термінологія», що є невід'ємною частиною Договору страхування.

**Страховий випадок** – випадок, визнаний Компанією страховим згідно з цим Договором. Подія визнається страховим випадком, якщо вона сталась:

- сталась протягом оплаченого періоду страхування;
- відбулася на території дії Договору;
- підпадає під страхове покриття на умовах Договору;
- передбачає надання Застрахованому медичної допомоги та послуг в межах, передбачених цим Договором та додатками до нього;
- не є виключенням зі страхових випадків

**Близькі родичі** – батьки, чоловік/дружина, діти.

**Декларація про стан здоров'я** – документ встановленого Компанією зразка, що заповнюється Застрахованим при укладенні Договору та/або в будь-який момент його дії на вимогу Компанії, для оцінки ступеня страхового ризику за цим Договором щодо конкретного Застрахованого, в якому Клієнт/Застрахований зобов'язаний вказати повну та достовірну інформацію про стан свого здоров'я за весь час до складання такої декларації включно.

## ДЕТАЛІЗАЦІЯ ВИДІВ ДОПОМОГИ І ПОСЛУГ, ВКАЗАНИХ В ПРОГРАМІ СТРАХУВАННЯ

**Екстрена медична допомога** – це допомога при раптових гострих захворюваннях, станах, загостренні хронічних захворювань, що становлять загрозу життю пацієнта.

**Невідкладна медична допомога** – це допомога при раптових гострих захворюваннях, станах, загостренні хронічних захворювань, без явних ознак загрози життю пацієнта.

**Амбулаторна допомога** – медична допомога Застрахованому при настанні страхового випадку, стан якого не потребує постійного перебування його в медичному закладі та постійного контролю медичного персоналу протягом усього призначеного курсу лікування. Організовується Компанією на умовах Програми страхування згідно з графіком роботи поліклініки або лікаря, консультацію якого необхідно організувати.

**Стационарна допомога** – медична допомога в умовах цілодобового стаціонару при станах, що вимагають надання медичної допомоги Застрахованому під цілодобовим наглядом медичного персоналу в стаціонарних умовах, а ненадання такої медичної допомоги може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Організовується Компанією цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.

Стационарна допомога включає:

- консультації лікуючого лікаря, встановлення діагнозу, призначення плану лікування;
- консультація лікарів-спеціалістів, в тому числі повторні, за направленням лікуючого лікаря;
- проведення діагностичних лабораторних та/або інструментальних досліджень в умовах цілодобового стаціонару, призначених лікуючим лікарем та/або лікарем-спеціалістом відповідно до протоколів лікування;

- консультації провідних, головних спеціалістів, к.м.н., професорів, проведення консилиумів – лише у складних випадках, при важко-диференційованих діагнозах (за відсутності зазначених причин Застрахований може скористатися такою консультацією за умови самостійної оплати різниці у вартості порівняно з вартістю консультації звичайного лікаря-спеціаліста в цьому ж медичному закладі);
- альтернативна консультація – консультації іншого спеціаліста для прийняття рішення про вірне призначення лікування у виняткових випадках: прийняття рішення лікуючого лікаря про необхідність залучити більш кваліфікованого спеціаліста; неефективне лікування після консультації лікуючого лікаря; рекомендоване лікування, пов'язане з оперативними втручаннями – для прийняття кінцевого рішення про необхідність операції. Рішення про наявність підстав для проведення альтернативної консультації приймає Компанія;
- терапевтичне лікування, оперативні втручання, анестезіологічна допомога;
- лікувальні процедури та маніпуляції, призначені лікуючим лікарем відповідно до протоколів лікування;
- медична документація: експертиза тимчасової непрацездатності з видачею лікарняних листів Застрахованому (лише у випадках, коли Застрахований обслуговується в медичному закладі, що має ліцензію на видачу листів тимчасової непрацездатності); експертиза тимчасової непрацездатності з видачею лікарняних листів одному з батьків Застрахованої дитини, за умови, що Застрахована дитина обслуговується в медичному закладі, що має ліцензію на видачу листів тимчасової непрацездатності, та один з батьків є Застрахованим за Договором; про необхідність лікарняного листа Застрахований повинен повідомити Компанію до направлення його в медичний заклад (в іншому випадку медична документація надається лише за наявності ліцензії у відповідному медичному закладі); надання медичних довідок в дошкільні та шкільні заклади при захворюванні, якщо Застрахована особа – дитина; послуга включає також видачу у встановленому законодавством порядку будь-якої іншої медичної документації, пов'язаної з настанням страхових випадків, на медичних бланках, затверджених наказами Міністерства охорони здоров'я України.

**Швидка допомога** – медичні послуги (допомога) при станах, що потребують невідкладної та екстреної медичної допомоги, ненадання якої може призвести до смерті чи незворотних змін організму. Надається до стабілізації стану Застрахованого під наглядом лікаря невідкладної медичної допомоги. Організовується Компанією цілодобово в робочі, вихідні та святкові дні.

Швидка і невідкладна допомога включає:

- виїзд бригади невідкладної медичної допомоги до Застрахованого;
- виїзд спеціалізованої бригади невідкладної медичної допомоги, якщо симптоми захворювання однозначно потребують надання спеціалізованої невідкладної медичної допомоги;
- реанімаційні заходи;
- діагностичні та лікувальні процедури, необхідні для надання невідкладної медичної допомоги;
- медикаментозне забезпечення в обсязі, який необхідний для надання невідкладної медичної допомоги.

Основні симптоми, при яких необхідно викликати швидку допомогу:

- порушення або втрата свідомості;
- проблеми з диханням (утруднений вдих, видих або відсутність дихання);
- болі або відчуття тиску в грудях, що не припиняються та не знімаються прийомом нітрогліцерину;
- пульс значно вповільнений, слабкий, відсутній або значно прискорений;
- сильний гострий біль у животі;
- сильна кровотеча, яка не припиняється (носова тощо);
- блювота з кров'ю або кров'янисті виділення (із сечено, мокротинням тощо);
- отруєння;
- сильний головний біль, порушення мови, судоми;
- раптове виникнення порушення рухів (параліч);
- травми голови, шиї або спини;
- імовірність перелому кісток;
- наявність вогнепального або ножового поранення;
- ускладнення вагітності.

Страховик не сплачує послуги виклику бригади швидкої медичної або невідкладної **допомоги** в наступних випадках:

- виклик бригади швидкої медичної допомоги на неіснуючу, неповну або неточну адресу, яку було вказано асирансу чи диспетчеру служби швидкої медичної допомоги;
- відсутність Застрахованого за адресою, вказаною при виклику бригади швидкої допомоги;
- виклик бригади швидкої медичної допомоги до осіб, що не є Застрахованими за Договором;
- виклик бригади швидкої медичної допомоги з метою одержання або призначення планової терапії, виміру артеріального тиску, планових ін'єкцій тощо, планової госпіталізації, а також одержання медичної документації (рецептів, медичних довідок або висновків);

- виклик бригади швидкої медичної допомоги у випадку виникнення медичних станів, що не ставлять під загрозу життя Застрахованого;
- виклик бригади швидкої медичної допомоги до Застрахованого, що перебуває у стані алкогольного, токсичного або наркотичного сп'яніння.

**Транспортування** передбачає перевезення спеціалізованим транспортом за умови, якщо таке транспортування необхідне за медичними показаннями, здійснюється до найближчого медичного закладу, який зможе надати кваліфіковану медичну допомогу відповідного профілю.

**Діагностика** – проведення діагностичних досліджень на умовах Програми страхування, що передбачені протоколами лікування та призначені лікарем, за основним захворюванням (крім захворювань зі списку виключень та супутніх захворювань) або диференційована діагностика між страховим і не страховим діагнозом (при цьому діагностика проводиться за страховим діагнозом).

Діагностика включає:

- лабораторні дослідження;
- електрокардіографія
- рентгенологічне дослідження;
- ультразвукове дослідження (УЗД) та інші види інструментальних досліджень;
- комп'ютерна томографія (КТ), магнітно-резонансна томографія (МРТ).

Не покриваються види досліджень, які направлені на уточнюючу діагностику для визначення етіології, патогенезу, стадії та методу лікування.

**Консультація лікаря** включає:

- консультація лікаря-терапевта або сімейного лікаря в поліклініці при виникненні проблем зі здоров'ям, коли неможливо встановити профіль захворювання для направлення Застрахованого до лікаря-спеціаліста за відповідним профілем захворювання;
- консультація лікаря-спеціаліста за відповідним профілем захворювання за направленням лікаря-терапевта, сімейного лікаря або лікаря-координатора Компанії, якщо симптоми захворювання однозначно потребують уваги лікаря-спеціаліста (ЛОР, невропатолог, гінеколог тощо);

**Консультації провідних фахівців включає:** консультації провідних, головних спеціалістів, к.м.н., професорів, проведення консиліумів – в медичних закладах відповідного класу обслуговування, передбачених Програмою страхування.

**Лікувальні процедури та маніпуляції** – консервативне лікування, оперативне втручання, анестезіологічна допомога, передбачені протоколами лікування та призначені лікарем за основним страховим захворюванням на умовах Програми страхування. Реабілітаційні заходи після проведеного лікування не відносяться до лікувальних процедур.

**Денний стаціонар** – проведення лікування в амбулаторних/стаціонарних умовах при настанні страхового випадку на умовах Програми страхування, коли Застрахований потребує для проведення медичних маніпуляцій та після їх проведення спостереження медичним персоналом та/або дотримання постільного режиму протягом деякого часу, або для осіб які потребують проведення складних діагностичних обстежень з тривалою підготовкою, яку можна проводити тільки в умовах медичного закладу.

**Фізіотерапія базова** – фізіотерапевтичні процедури із застосуванням електричних токів, магнітних, електричних, електромагнітних, електростатичних полів, електромагнітних та механічних коливань, інгаляційна терапія, призначені лікарем відповідно до протоколів лікування для лікування основного захворювання. Реабілітаційні або профілактичні фізіотерапевтичні процедури, а також інші фізіотерапевтичні процедури, що не зазначені вище, не покриваються цією опцією.

**Масаж лікувальний** – фізіотерапевтичний метод лікування основного страхового захворювання на умовах Програми страхування, що призначений лікарем відповідно до протоколів лікування. Реабілітаційний та профілактичний масаж не покривається цією опцією.

**Інші фізіотерапевтичні процедури** при лікуванні основного страхового захворювання включають:

- мануальна терапія;
- лікувальна фізкультура (ЛФК);
- рефлексотерапія (голкорефлексотерапія та інші);
- водні процедури, парафін, озокерит, глина та інші.

**Медикаментозне забезпечення базове** – забезпечення Застрахованого офіційно зареєстрованими в Україні лікарськими засобами (не більше одного препарату однієї фармакологічної групи) та засобами медичного призначення (шприци, бинти, крапельниці тощо), що передбачені протоколами лікування та призначені лікарем з лікувальною метою, в схемі лікування основного захворювання (крім захворювань зі списку виключень та супутніх захворювань) курсом лікування до 30 днів (якщо інший строк не передбачений Програмою страхування) та на умовах Програми страхування.

Додатково дана послуга поширюється також на:

- засоби медичного призначення (гіпсові пов'язки, пов'язки типу «Скотч-каст» білого кольору, «Софт-каст», «Турбо-каст», засоби, необхідні для проведення медичних маніпуляцій (шприци, бинти, вата, крапельниці, одноразові гумові рукавички тощо);
- засоби особистого догляду (один комплект в об'ємі, необхідному у випадку проведення оперативного втручання);
- препарати для діагностичних обстежень, а саме рентген-контрасти препарати для діагностичних обстежень.

Дана послуга не поширюється на фітопрепарати, гомеопатію, снодійні та заспокійливі засоби, препарати гепатопротекторної та хондропротекторної дії, пробіотики, противірусні препарати, ферментні препарати, препарати ноотропної дії, полівітамінні та мінеральні комплекси, препарати, що впливають на імунну систему, метаболічної дії, біогенні препарати, біостимулятори та ангіопротекторної дії.

При медикаментозному лікуванні Застрахованого якщо Державний реєстр лікарських засобів включає в себе лікарські засоби – аналоги різних підприємств-виробників, то пріоритет мають лікарські засоби українських виробників.

**Медикаментозне забезпечення розширене** – забезпечення Застрахованого офіційно зареєстрованими в Україні лікарськими засобами (не більше одного препарату однієї фармакологічної групи) та засобами медичного призначення, що рекомендовані протоколами лікування та призначені лікарем з лікувальною метою, в схемі лікування основного захворювання (крім захворювань зі списку виключень та супутніх захворювань) на умовах Програми додатково до базового медикаментозного забезпечення. Перелік груп препаратів, на які поширюється розширене медикаментозне забезпечення, вказується в обраній Програмі страхування.

При медикаментозному лікуванні Застрахованого якщо Державний реєстр лікарських засобів включає в себе лікарські засоби – аналоги різних підприємств-виробників, то пріоритет мають лікарські засоби українських виробників.

Механізм організації медикаментозного забезпечення наступний:

- після визначення плану лікування, лікар зв'язується з Компанією та узгоджує перелік медикаментів, необхідних для лікування Застрахованого;
- Застрахований отримує визначені медикаменти в узгодженому з Компанією аптечному закладі (Компанія одноразово резервує дані медикаменти в аптеці, терміном на 1 добу; у випадку, якщо Застрахований не має змоги отримати їх в аптеці, йому рекомендується повторно зателефонувати до Компанії та переконатись в наявності препарату в аптеці);
- доставка медикаментів здійснюється за наявності такої послуги в аптеці, що співпрацює з Компанією, в регіоні, де знаходиться Застрахований, згідно з умовами, що визначені такою аптекою.

**Виклик лікаря** – консультація лікаря вдома або в офісі у випадках, коли загальний стан здоров'я Застрахованого не дозволяє звернутись за допомогою в медичний заклад. Послуга організовується Компанією на умовах Програми страхування.

Стани, при яких допускається виклик лікаря:

- підвищення температури тіла вище 37,5 градусів, а також будь-яке підвищення температури тіла під час оголошеної епідемії грипу;
- блювота, пронос, інші ознаки харчового отруєння або інфекційного захворювання;
- висипання, що покривають значну поверхню тіла.

Виклик лікаря організовується Компанією (згідно з графіком роботи медичних закладів) в день звернення – при зверненні до 12-ї години. При зверненні Застрахованої особи після 12-ї години візит лікаря може бути організований на наступний день з причини неможливості організації послуги в день звернення.

Неможливість організації виклику лікаря з причини звернення Застрахованого в вихідний день та/або після 12-ї години в робочий день не є підставою для виклику бригади швидкої та невідкладної допомоги, якщо немає прямих медичних показань для їх виклику.

Послуга надається в межах міста та за наявності відповідної послуги в Медичному закладі, з яким співпрацює Компанія.

**Медична документація** – експертиза тимчасової непрацездатності з видачею лікарняних листів Застрахованому. Лікарняний лист видається Застрахованому лише у випадку отримання медичної допомоги в медичному закладі, що має право (відповідну ліцензію) на видачу лікарняних листів. Про необхідність лікарняного листа Застрахований повинен повідомити Компанію до направлення його в медичний заклад. За програмами страхування дітей послуга також включає надання медичних довідок в дошкільні та шкільні заклади при захворюванні, а також експертизу тимчасової непрацездатності з видачею лікарняних листів одному з батьків Застрахованої дитини на зазначених вище умовах, якщо і дитина, і один з батьків є Застрахованими за Договором.

**Стаціонар екстрений** – надання медичної допомоги при настанні страхового випадку в умовах стаціонару за життєвими показниками, коли поміщення Застрахованого в стаціонар має бути здійснено невідкладно, а рішення про екстрену госпіталізацію приймається лікарем бригади швидкої/невідкладної допомоги або лікарем поліклініки.

**Стаціонар плановий** – при настанні страхового випадку планова госпіталізація при станах, які не потребують надання Застрахованому невідкладної медичної допомоги за життєвими показниками, а медична допомога Застрахованому в умовах стаціонару може бути відстрочена у часі, але не більше ніж на 72 години.

**Палата стандарт** – перебування Застрахованого, який перебуває в умовах цілодобового стаціонару, в стандартній палаті, передбаченій умовами медичного закладу, в якому перебуває Застрахований згідно з Програмою страхування.

**Палата покращена** – перебування Застрахованого, який перебуває в умовах цілодобового стаціонару, в палаті з поліпшеними умовами. Під палатою з поліпшеними умовами розуміється палата класу «люкс» і «напівлюкс» в державних та відомчих медичних закладах (клас обслуговування 1\*, 2\*), а також стандартна палата в приватних медичних закладах (клас обслуговування 3\*, 4\*, 5\*). Клас обслуговування (медичні заклади) при цьому визначаються згідно з Програмою страхування.

У виключних випадках умови перебування в стаціонарі можуть не співпадати зі стандартами обслуговування, які передбачені Програмою страхування для Застрахованого, оскільки пріоритетним є надання Застрахованому допомоги відповідного профілю. В будь-якому випадку, Компанія прикладатиме всіх зусиль по забезпеченню відповідних умов перебування Застрахованого у відповідному медичному закладі.

**Харчування стандартне** – стандартне харчування, передбачене умовами медичного закладу, в якому перебуває Застрахований в умовах цілодобового стаціонару згідно з Програмою страхування.

**Допомога при критичних захворюваннях** – медична допомога Застрахованому в разі критичного захворювання, вказаного в Програмі страхування та на її умовах, вперше виявленого у Застрахованого протягом строку дії Договору.

**Стоматологія екстрена** – невідкладна стоматологічна допомога, що спрямована на зняття гострого зубного болю. Невідкладна стоматологічна допомога надається в день звернення (за наявності послуги в регіоні) за допомогою на умовах Програми страхування та включає:

- огляд та консультація лікаря-стоматолога;
- діагностичні дослідження (рентгенологічні), необхідні для вирішення обсягу невідкладної стоматологічної допомоги;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та коренів;
- розкриття кореневих каналів;
- накладання лікувальної пастки, тимчасової пломби;
- розкриття запального інфільтрату і парадонтального абсцесу;
- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття коронки або мостовидного протезу за терміновими показаннями;
- екстрене протезування, необхідне у зв'язку з нещасним випадком (падіння, протиправні дії третіх осіб, дорожньо-транспортна пригода);
- резекція верхівки кореня;
- кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт;
- медикаментозне забезпечення.

**Стоматологія планова** – стоматологічна допомога щодо наявних у Застрахованого хронічних стоматологічних захворювань, а також тих, що виникли до укладення Договору страхування та інших стоматологічних проблем поза стадією загострення за терапевтичними показаннями. Надається на умовах Програмі страхування в робочі дні, в день звернення за допомогою або на наступний день, згідно з графіком роботи стоматологічних клінік.

Включає:

- огляд та консультація лікаря-стоматолога (окрім консультації ортодонта);
- діагностичні дослідження (рентген-знімок, в тому числі панорамний), необхідні для визначення обсягу стоматологічної допомоги;
- анестезіологічна допомога;
- видалення зубів та коренів, розкриття кореневих каналів;
- накладання швів при видаленні зубів і операціях, травмах м'яких тканин ротової порожнини;
- зняття коронки або мостовидного протезу;
- лікуванням причинного зуба (накладання девіталізуючої пастки, тимчасової та постійної пломби) з діагнозом: гострий пульпіт, гострий періодонтит;
- резекція верхівки кореня з діагнозом: хронічний гранулематозний періодонтит, видалення кашпошону з діагнозом: перикоронарит;
- кюретаж лунки видаленого зуба з діагнозом альвеоліт;
- ендодонтичне лікування (лікування та пломбування каналів) за терапевтичними показаннями з діагнозом: гострий пульпіт, гострий періодонтит;
- лікування карієсу – накладання тимчасової та постійної пломби;
- ревізія та заміна пломби з діагнозом: вторинний карієс, скол тканин зуба, гострий пульпіт, гострий періодонтит;
- лікування пародонтозу;
- лікування гострих захворювань ясен та слизової оболонки рота;
- медикаментозне забезпечення.

**Додатково планова стоматологія також включає:**

- професійна гігієна (зняття зубних відкладень);
- відбілювання;
- фторування;
- герметизація фісур;
- лікування апаратом «Вектор»;
- протезування;
- ортодонтична допомога;
- реставрація зубів.