

*Către
„Banca Națională a Moldovei”*

Program de asigurare facultativă a sănătății

Asigurarea Medicală Facultativă pentru colective este adaptată individual, oferind echilibrul între confortul echipei și avantajele financiare în activitatea băncii.

Asigurarea facultativă a sănătății este o modalitate de prevenire a riscului de a suporta cheltuieli în caz de îmbolnăvire acută sau acutizarea unei patologii cronice. Una din direcțiile prioritare și în permanentă dezvoltare în activitatea Companiei MOLDASIG S.A., este asigurarea facultativă a sănătății garantând Asiguraților accesul la servicii medicale complexe de înaltă calitate și performanță.

Avantajele asigurării facultative a sănătății:

- Acces la serviciile instituțiilor medicale de stat și private (vezi lista instituțiilor medicale).
- Posibilitatea de a alege instituția medicală dorită.
- Cele mai moderne tehnologii de diagnostic și tratament.
- Accesul oportun în timp a pacientului asigurat la investigațiile medicale în instituțiile medicale specializate sau cele private.
- Formarea programului de asigurare personalizat (determinarea tipurilor și volumul serviciilor prestate):
 - ✓ Tratament stomatologic;
 - ✓ Tratament medicamentos în condiții de ambulator;
 - ✓ Alte servicii solicitate (ex. acupunctură).
- Posibilitatea achitării primei de asigurare în rate și beneficierea de un sistem flexibil de prime.
- Posibilitatea includerii membrilor familiei de gradul I sub protecția asigurării la tarife similare.
- Internarea planică a persoanei asigurate fără rând și foi de așteptare în instituțiile medicale indicate în contractul de asigurare.
- Număr nelimitat de solicitări a asistenței medicale (în limita sumei de asigurare).
- Efectuarea fără rând a investigațiilor diagnostice de laborator și imagistice prescrise de către medicul curant.
- Achitarea despăgubirilor în termen scurt.
- Verificarea calității serviciilor medicale acordate clienților noștri.

Compania MOLDASIG S.A. este apreciată și recomandată de către instituții medicale, relația fiind bazată de promptitudine și profesionalism și **garantează calitatea, promptitudinea și confidențialitatea în prestarea serviciilor medicale.**

Servicii de ambulatoriu:

- Consultații ale medicului internist (coordonator) și medicilor specialiști.
- Efectuarea complexă a investigațiilor diagnostice de laborator (analize) și imagistice, inclusiv Tomografia computerizată(TC) și Rezonanța magnetico-nucleară(RMN).
- Perfectarea avizelor și recomandărilor corespunzător.
- Tratatamentul fizioterapeutic sau terapie manuală (toate tipurile), masaj curativ, în Nr. de 10 ședințe per perioadă de valabilitate a contractului.
- Asistență stomatologică de urgență, care include înlăturarea durerii acute (anestezie), extracția dinților afectați, drenarea abceselor și flegmoanelor, plombaj provizoriu, efectuarea roentgenoscopiei (grafiei), în limita sumei de asigurare generale pentru serviciile medicale de ambulatoriu.
- Servicii ale „Staționarului de Zi”, care include perfuzii, injecții intravenoase și intramusculare, cazare, în limita sumei de asigurare generală pentru serviciile medicale de ambulatoriu.
- Remiterea actelor medicale necesare persoanelor asigurate (avize, extrase, îndreptări), indiferent de locul de trai al acestora.

Servicii de staționar:

- Spitalizarea asiguraților în mod urgent și planic.
- Examinarea complexă clinico - funcțională, de laborator și instrumentală.
- Examinarea asiguraților (teste clinice și de laborator, investigații—endoscopice, ultrasonore, computerizate, radioizotopice și altele) la indicația medicului în alte Instituții medicale, dacă acestea nu pot fi efectuate în Instituțiile indicate în polița de asigurare.
- Acordarea asistenței medicale în secția de terapie intensivă și reanimare.
- Administrarea preparatelor medicamentoase prescrise de medicul curant, instrumentarului medical (seringi, sisteme pentru perfuzii, catetere și altele).
- Tratatament fizioterapeutic sau terapie manuală în condiții de staționar, ca urmare a intervențiilor chirurgicale efectuate.
- Intervenții chirurgicale urgente și planice, inclusiv reparatorii, ce țin de înlăturarea consecințelor cazului de asigurare.
- Remiterea, la externarea asiguraților din spital, a documentelor medicale necesare (avize, extrase, certificate de incapacitate de muncă), indiferent de locul de trai.

Notă informativă:

- Pentru a beneficia de serviciile medicale prevăzute în programul de asigurare, Asiguratul trebuie să prezinte buletinul de identitate și polița de asigurare.
- Pe tot parcursul perioadei de asigurare medicii experți calificați ai Asigurătorului efectuează în permanență controlul calității, volumului și oportunității serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate.

Excluderi din asigurarea facultativă a sănătății, dacă contractul nu prevede alt fel, Asigurătorul nu compensează cheltuielile pentru:

- Trauma, îmbolnăvirea sau otrăvirea și consecințele acestora, suportate de persoana asigurată în caz de:
 - ✓ ebrietate alcoolică, narcotică sau toxică;
 - ✓ participarea la acțiuni militare, tulburări în mase;
 - ✓ tentativă de sinucidere, cu excepția cazurilor determinării la sinucidere, confirmată de organele de resort.
- Tumori **maligne**.
 - ✓ Sarcomul;
 - ✓ Carcinomul;
 - ✓ Blastomul;
 - ✓ Limfomul;
 - ✓ Germenii celulelor tumorale;
- Maladii sexual-transmisibile, inclusiv investigații de laborator la agenții patogeni: trichomoniază vaginală, vaginoză bacteriană, Herpesul genital, virusul Papilloma uman, Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Mycolplasma homins și Ureaplasma urealyticum, SIDA;
- Tratarea sterilității, dereglărilor sexuale, impotenței, însămânțării artificiale;
- Transplant de organe;
- Protezarea organelor (a valvelor cardiace, articulațiilor, maxilarelor, ochilor);Serviciile cu caracter cosmetico-estetic;
- Remedii medicamentoase aprobate de Ministerul Sănătății sub alt statut, sau care nu au fost indicate de medicul terapeut și neindicate pentru tratarea cazului concret;
 - ✓ Tratamentul experimental; servicii legate de planificarea familiei, precum și avortul, serviciile legate de sarcină și naștere;
 - ✓ Metodele netradiționale de diagnostic și tratament; (iridologie de Voll, osteopatie și altele);
- Tratarea bolilor, prevăzute de către Programul de stat, care oferă dreptul la primirea serviciilor medicale fără plată (tuberculoza, bolile venerice și SIDA, oncologice, hepatite virale, forme grave ale diabetului zaharat insulino-dependent și complicațiile lui);
- Boli psihice;
- Boli infecțioase, tuberculoza, sarcoidoza, mucoviscidoza, indiferent de forma clinică și gradul de dezvoltare;
- Adresare în Instituția medicală pentru examen medical în scopul obținerii permisului de conducere al unităților de transport și de port-armă, examenul medico-profilactic la care periodic sunt supuși angajații Asiguratului;
- Tratarea alcoolismului;
- Aflare în staționar pentru simpla beneficiere de asistență de curatelă și reabilitare, inițiată de persoana asigurată;

- Intervenții de chirurgie plastică și ortopedică, protezare dentară și ortodontică, în afara cazurilor care țin de corecție sau restabilire după accidente survenite în perioada de asigurare;
- Modificarea greutateii;
- Utilizarea și ajustarea aparatelor medicale de corecție (dispozitive auditive și implantați auditivi, ochelari, linse de contact), tratamentul și investigațiile corespunzătoare;
- Intervenție chirurgicală planificată a ochiului, cu scopul de a corecta astigmatismul, hipermetropia, miopia;
- La încheierea Contractului de asigurare benevolă de sănătate în favoarea persoanelor cărora li s-a atribuit un grad de dizabilitate, pînă la momentul semnării, Asigurătorul nu compensează cheltuielile pentru maladiile care au determinat dizabilitatea și pentru consecințele legate de acestea.
- De asemenea, Asigurătorul nu compensează cheltuielile pentru maladiile enumerate mai jos și consecințele acestora, dacă persoanele asigurate, au fost diagnosticate cu acestea, pînă la semnarea contractului:
 - ✓ Se află la evidență în dispensarele narcologice, psihoneurologice, de ftiziatrie, dermato-venerologice;
 - ✓ Sunt HIV infectați sau bolnavi de SIDA;
 - ✓ Sunt diagnosticați cu diabet zahar, hepatită cronică, boli înăscute, ereditare, dobîndite și alte boli cronice.
- Asigurătorul nu poartă răspundere pentru cazurile de asigurare, survenite pînă la începerea și după expirarea perioadei de asigurare indicată în polița de asigurare, precum și pentru perioada de suspendare a valabilității acestuia.
- Asigurătorul, dacă Contractul de asigurare nu prevede alte condiții, nu achită plata pentru cheltuielile de tratament ale persoanei asigurate, dacă:
 - ✓ Persoanei asigurate, fără acordul anterior al Asigurătorului, i-au fost acordate servicii medicale, care nu sunt prevăzute de programul de asigurare, indicat în polița de asigurare;
 - ✓ Persoanei asigurate, fără acordul Asigurătorului, i-au fost acordate servicii medicale în Instituțiile medicale, care nu sunt indicate în polița de asigurare, cu excepția cazurilor de urgență.