



Condiciones generales del
Programa de Asistencia Adicional
Preventivo Oncológico

En las presentes condiciones se detallan las características generales y coberturas del Programa de Asistencias Upgrade Preventivo Oncológico.

Para efectos de límites territoriales se aclara que el servicio de asistencia se brindará en todo el territorio nacional de la República de Honduras con el respaldo de **ASÍ Asistencia Internacional**.

Para recibir los servicios que se detallan en el presente documento, la Afiliada debe haber contratado con anterioridad o de manera simultánea el Programa de Asistencias Mujer Líder, Mujer Líder de Familia y/o Mujer Líder de Negocios como asistencia principal, quedan en tal sentido vigente y válidos los términos y condiciones pactados en dicho Programa. El presente documento se tendrá como una cobertura adicional.

CLÁUSULA 1. DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS Y SUS COBERTURAS

La Afiliada, y su(s) Dependiente(s) cuando corresponda, podrán contar con los siguientes servicios de asistencia:

1. ASISTENCIA PREVENCIÓN EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

1.1. TELEDOCTOR POR CÁNCER: La Afiliada se pondrá en contacto con un médico general a través de la aplicación tecnológica (App) llamada Teledoctor Paciente, para que, ante el diagnóstico positivo de cáncer pueda realizar consultas médicas, le brinde orientación médica, utilización de medicamentos para la prevención de automedicación, orientación sobre síntomas o molestias que le estén aquejando, recomendaciones médicas en general, farmacéutica e interpretación de exámenes de laboratorio, así como la coordinación de llamadas de control y monitoreos, guardando un historial clínico bajo estrictas medidas de confidencialidad en la protección de los datos.

Este servicio no sustituye la visita presencial, por lo cual el médico no diagnosticará o recetará vía telefónica.

Este servicio será brindado sin costo adicional y sin límite de eventos al año, sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

1.2. CITA PRESENCIAL CON ONCÓLOGO O GINECÓLOGO:

Por solicitud de la Afiliada a consecuencia de una emergencia causada por un accidente o enfermedad no preexistente, la Prestadora de Servicios la podrá dirigir con un oncólogo o ginecólogo para realizarle una evaluación clínica.

Esta asistencia está sujeta a la autorización de un médico general perteneciente a la red médica, con el cual se realizará previamente una orientación médica telefónica.

Este servicio será brindado por un límite máximo de tres (3) citas al año, ya sea que use en un solo servicio o combinación de estos y sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

El servicio cubre únicamente el costo de la cita presencial y quedan excluidos de la misma cualquier medicamento o procedimiento médico diferente a la evaluación clínica.

1.3. TRASLADO TERRESTRE EN AMBULANCIA: La Prestadora de Servicios brindará el servicio de traslado médico terrestre en ambulancia a requerimiento y/o solicitud de la Afiliada, a consecuencia de una emergencia causada por un accidente o enfermedad, para ser trasladada al centro hospitalario más cercano, con previa evaluación y aprobación del médico general o personal de cabina de la Prestadora de Servicios. En caso de que la Afiliada no se pueda comunicar, el servicio lo podrá solicitar cualquier persona que se encuentre con el afectado para brindar la información que se solicite.

El personal médico de la Prestadora de Servicios orientará a quien solicita el servicio respecto de las conductas provisionales que se deben asumir, mientras se produce el contacto con la ambulancia.

Una vez finalizado el traslado de ambulancia, todo gasto posterior incurrido a consecuencia de la atención médica será responsabilidad de la Afiliada.

Este servicio será brindado por un límite máximo de tres (3) traslados al año, dentro del territorio hondureño, sujeto a un período de carencia de tres (3) meses. Se brindará siempre y cuando se tenga la infraestructura privada, en caso de no tenerla se coordinará con ambulancia pública o Cruz Roja.

1.4. VISITA MÉDICA DOMICILIAR POR CÁNCER: Por solicitud de la Afiliada a consecuencia de una emergencia o incapacidad causada por un diagnóstico positivo de cáncer, la Prestadora de Servicios enviará a su domicilio un médico general, perteneciente a la red médica, para realizarle una evaluación clínica.

Esta asistencia está sujeta a la autorización de un médico general perteneciente a la red médica, con el cual se realizará previamente una orientación médica telefónica.

Este servicio será brindado por un límite máximo de tres (3) visitas al año, se prestará únicamente dentro del territorio de las ciudades de Tegucigalpa, San Pedro Sula y La Ceiba y sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

El servicio cubre únicamente el costo de la visita domiciliar y quedan excluidos de la misma cualquier medicamento o procedimiento médico diferente a la evaluación clínica.

1.5. SERVICIO DE ENFERMERÍA DOMICILIAR POR INCAPACIDAD: Por solicitud de la Afiliada, a consecuencia de una incapacidad derivado de un diagnóstico positivo de

cáncer, la Prestadora de Servicios coordinará el servicio de un enfermero(a) para realizarle cuidados generales de enfermería a domicilio.

Para la prestación de este servicio la paciente debe presentar o remitir la prescripción certificada por su médico tratante, así como firmar un consentimiento para recibir el servicio. Un médico de cabina evaluará la documentación para determinar si procede la coordinación con un profesional en enfermería.

En cuanto el enfermero(a) se presenta al domicilio de la solicitante, ésta deberá hacer entrega de la prescripción médica certificada por el médico tratante.

Este servicio deberá ser solicitado con veinticuatro (24) horas de anticipación y será brindado por un máximo de tres (3) eventos en el año, con un máximo de seis (6) horas por evento. Entre un evento y el otro se establece un tiempo de espera de treinta (30) días, sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

1.6. DESCUENTOS EN FARMACIAS: Por solicitud de la Afiliada, la Prestadora de Servicios le brindará en beneficio de descuentos especiales de medicamentos para el tratamiento de cáncer en farmacias que pertenezcan a la red de proveedores.

Para que se pueda autorizar el descuento en medicamentos, la solicitante deberá proporcionar la receta médica que respalde su requerimiento y en el caso de medicamentos de uso controlado deberá proporcionar el código que le ha suministrado su médico tratante.

El porcentaje de descuento especial dependerá del proveedor seleccionado y el medicamento requerido por la solicitante.

Este servicio será brindado sin límite de eventos en el año, sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

1.7. EXÁMENES DE LABORATORIO PREVENTIVOS: Por solicitud de la Afiliada, la Prestadora de Servicios, cuando corresponda, le podrá autorizar y coordinar una cita con un laboratorio perteneciente a la red de proveedores, para que le sea realizado un ultrasonido pélvico, Papanicolau o mamografía, la realización de un servicio excluye a los otros.

La mamografía se llevará a cabo en mujeres mayores de cuarenta (40) años.

Este servicio será brindado por un límite máximo de un (1) evento al año, sujeto a un período de carencia de seis (6) meses.

2. BENEFICIOS PREFERENCIALES

2.1. DESCUENTOS EN EXÁMENES DE LABORATORIO: Por solicitud de la Afiliada, la Prestadora de Servicios le brindará

el beneficio de descuentos especiales en exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas previamente autorizados, que pertenezcan a la red de proveedores.

El porcentaje de descuento especial dependerá del proveedor seleccionado y no aplicarán para estudios de radiología.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año, sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

2.2. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA O VIRTUAL: Por solicitud de la Afiliada, la Prestadora de Servicios la pondrá en contacto con un profesional en el campo de la psicología quien le brindará orientaciones, telefónicas o virtuales, con base a la asimilación y de cómo sobrellevar el proceso de cáncer.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año sujeto a un tiempo de duración no mayor de treinta (30) minutos por videollamada.

Este servicio está sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

3. ASISTENCIA EN CASO DE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER

3.1. PAGO DE TRANSPORTE POR TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA O RADIOTERAPIA: Por solicitud de la Afiliada, derivado de un tratamiento de quimioterapia o radioterapia por cáncer, la Prestadora de Servicios coordinará y gestionará el envío de un vehículo (taxi u otro servicio de transporte) que la traslade de su residencia a la clínica y viceversa.

Este servicio será brindado por un límite máximo de tres (3) traslados al año, sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

3.2. ASISTENCIA TELEFÓNICA O VIRTUAL PARA RECREACIÓN DE LA AFILIADA: Por solicitud de la Afiliada, la Prestadora de Servicios la pondrá en contacto con un profesional en recreación, quien, a través de una llamada telefónica o videollamada, la guiará en distintas actividades como juegos y dinámicas en el hogar que le brinden un estilo de vida de calidad.

Esta asistencia cubre únicamente el costo del profesional, no así el costo de materiales didácticos, siendo esta responsabilidad de la solicitante.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año, sujeto a un tiempo de duración no mayor de treinta (30) minutos por videollamada.

Este servicio está sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

3.3. ORIENTACIÓN NUTRICIONAL TELEFÓNICA O VIRTUAL:

Por solicitud de la Afiliada, la Prestadora de Servicios la pondrá en contacto con un profesional en el campo de la nutrición que le brindará orientaciones, telefónicas o virtuales, con el objeto de tener una alimentación saludable durante el tratamiento de cáncer.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año sujeto a un tiempo de duración no mayor de treinta (30) minutos por videollamada.

Este servicio está sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

3.4. ASISTENCIA TELEFÓNICA O VIRTUAL PARA CUIDADOS PALIATIVOS:

Por solicitud de la Afiliada, la Prestadora de Servicios la pondrá en contacto con un profesional en cuidados paliativos, quien, a través de una llamada telefónica o videollamada, la guiará con diferentes consejos que le brinden un estilo de vida de calidad.

Esta asistencia cubre únicamente el costo del profesional.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año, sujeto a un tiempo de duración no mayor de treinta (30) minutos videollamada y a un período de carencia de tres (3) meses.

3.5. ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA TELEFÓNICA O VIRTUAL FAMILIAR:

Por solicitud de la Afiliada o algún familiar, la Prestadora de Servicios lo pondrá en contacto con un profesional en el campo de la psicología quien le brindará orientaciones, telefónicas o virtuales, con base a la asimilación y de cómo sobrellevar el proceso de cáncer.

Este servicio será brindado sin límite de eventos al año sujeto a un tiempo de duración no mayor de treinta (30) minutos por video llamada.

Este servicio está sujeto a un período de carencia de tres (3) meses.

CLÁUSULA 2. LIMITACIÓN A COBERTURAS DE ASISTENCIA CON CITA PRESENCIAL

Para las coberturas de servicios de asistencia que comprenden la cita presencial, se deben cumplir con las siguientes limitaciones:

- a. El horario hábil de la prestación de los servicios es de lunes a viernes de 9:00 a.m. a las 5:00 p.m. y sábado de 9:00 a.m. a 12:00 p.m.
- b. Los servicios serán brindados por los proveedores de la red médica de la Prestadora de Servicios.

CLÁUSULA 3. EXCLUSIONES GENERALES

Quedan excluidos de los servicios establecidos, las reclamaciones o solicitudes de servicios por los siguientes conceptos:

1. Cuando por orden de autoridad competente se impida la ejecución de los servicios.
2. Los servicios que la Afiliada haya contratado sin previo consentimiento de la Prestadora de Servicios.
3. Los servicios originados, directa o indirectamente, de actos realizados por la Afiliada con dolo o mala fe.
4. Los gastos derivados de lesiones ocasionadas por prácticas deportivas amateur, profesionales y deportes extremos.
5. La asistencia y gastos por enfermedades o estados patológicos producidos por la ingestión voluntaria de alcohol, drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos adquiridos sin prescripción médica.
6. Los servicios derivados de enfermedades o condiciones preexistentes, y de padecimientos crónicos.
7. Epidemia, endemia o pandemia declarada por las autoridades locales o internacionales.
8. Los fenómenos de la naturaleza de carácter catastrófico tales como inundaciones, terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas, tempestades ciclónicas, derrumbes, caídas de aerolitos, otros, etc.
9. Los derivados de la energía nuclear radioactiva.
10. Hechos derivados de terrorismo, motín o tumulto popular.
11. Hechos o actuaciones de la Fuerza Pública y otros cuerpos de seguridad.
12. Cuando la Afiliada no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente la emergencia o siniestro.
13. Cuando la Afiliada incumpla cualquiera de las obligaciones del servicio de asistencia indicados en el presente anexo.
14. En caso de que la Afiliada incumpla en reportar la necesidad del servicio de asistencia dentro de las 24 horas siguientes de identificada la emergencia.
15. Eventos en los que la Afiliada haya participado voluntariamente y constituyan una infracción a las leyes, reglamentos u ordenanzas legales.
16. Bajo el servicio de Traslado Terrestre en Ambulancia quedan excluidos:
 - 16.1. Traslados interhospitalarios.
 - 16.2. Traslados del hospital hacia el domicilio de la Afiliada.
 - 16.3. Traslados del hospital hacia centros de diagnóstico, laboratorios, clínicas u otros.
17. Bajo el Servicio de Enfermería Domiciliar por Incapacidad quedan excluidos:
 - 17.1. Servicios que no sean de índole médica.
 - 17.2. Procedimientos de atención médica especializada por el tratamiento de cáncer.
 - 17.3. Administración de medicamentos sin prescripción médica.

CLÁUSULA 4. OBLIGACIONES DE LA AFILIADA

Con el fin de que la Afiliada pueda hacer uso de los servicios contemplados, deberán cumplir con las siguientes obligaciones:

1. Abstenerse de realizar gastos o arreglos sin haber consultado previamente con la Prestadora de Servicios.
2. Identificarse como Afiliada ante los empleados de la Prestadora de Servicios o ante las personas que esta última compañía contrate con el propósito de prestar los servicios contemplados en el presente documento.
3. Ser Afiliada activa y permanecer al día en los pagos asociados al Programa de Asistencias.
4. En caso de que la Afiliada se vea en la necesidad de cancelar una cita presencial, deberá avisar a la Prestadora de Servicios vía telefónica con veinticuatro (24) horas de anticipación a la cita programada, caso contrario se tomará como evento consumido para su plan.

CLÁUSULA 5. SOLICITUD DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA

En caso de requerir asistencia, la Afiliada deberá comunicarse al Call Center de servicio al cliente (+504) 2283-6272 en donde también podrán solicitar informes actualizados de los proveedores de la Prestadora de Servicios.

CLÁUSULA 6. GENERALIDADES

1. La Prestadora de Servicios se compromete a prestar la asistencia siempre y cuando sean brindados y coordinados para beneficio de la Afiliada.
2. La Prestadora de Servicios no se responsabiliza por ningún servicio coordinado directamente por la Afiliada con un proveedor dentro o fuera de la red y en ningún caso realizará reembolso de los gastos incurridos.
3. La Prestadora de Servicios quedará sin responsabilidad alguna con las decisiones o acciones que la Afiliada pueda llegar a realizar.

CLÁUSULA 7. POLÍTICA DE USO RAZONABLE

La Política de Uso Razonable se ha diseñado para impedir casos de uso desmedido, o excesivo, o abusivo, o incluso fraudulento de los servicios de asistencia por parte de la Afiliada o Grupo Familiar, en este último cuando aplique. Se considerará como un Uso No Razonable, cuando la Afiliada o su Grupo Familiar hagan uso de un aproximado igual o superior del 150% más del costo o número de servicios mensuales en comparación con el costo o número de servicios mensuales promedio de la cartera, por un período de 2 meses.

Si se determina que la Afiliada o Grupo Familiar sobrepasa el porcentaje establecido, ASÍ ASISTENCIA deberá enviar un informe y de manera conjunta con EL BANCO se determinará si se procede con la terminación inmediata del Programa de Asistencia que la o las Afiliadas hayan contratado, debiendo informar al o las Afiliadas de tal decisión. En tal caso, ASÍ ASISTENCIA y EL BANCO deberán reembolsar a la Afiliada cualquier pago realizado por adelantado, de los servicios de asistencia contratados.

CLÁUSULA 8. COSTO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS

Los servicios del Programa de Asistencias Upgrade Preventivo Oncológico tendrán un costo mensual de ciento setenta y cinco lempiras (L.175.00). La Afiliada podrá visualizar el cargo mensual en su Estado de Cuenta, Libreta de Ahorro o a través de la página web de Banco Atlántida.

CLÁUSULA 9. CARGO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS

El cargo del Programa de Asistencias Upgrade Preventivo Oncológico se efectuará de forma mensual; sin embargo, la Afiliada gozará del servicio siempre y cuando el cargo haya sido exitoso; para ello la Afiliada deberá de contar con fondos disponibles en la cuenta o Tarjeta de Crédito, de no ejecutarse el cargo en un plazo de sesenta (60) días por responsabilidad de la Afiliada automáticamente quedará cancelado y sin ninguna responsabilidad para EL BANCO.

CLÁUSULA 10. CANCELACIÓN DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS

El Programa de Asistencias Upgrade Preventivo Oncológico podrá ser cancelado por parte de la Afiliada en cualquier momento que lo desee, sin embargo, no será reembolsable ningún monto de los meses cobrados con anterioridad por parte del banco, haya o no utilizado el servicio.

CLÁUSULA 11. COMUNICACIÓN Y PUBLICIDAD

EL BANCO pondrá a disposición de sus clientes material publicitario a través de los siguientes medios de comunicación:

- Página Web.
- Agencias a Nivel Nacional.
- SMS y correos electrónicos.
- Estados de Cuenta.
- Cualquier otro medio que el Banco designe.