

Condiciones de uso

Servicio de Asistencia Salud

El presente documento incorpora los términos y condiciones de uso del plan de **SERVICIO DE ASISTENCIA SALUD**, las cuales son de acatamiento obligatorio para el Afiliado.

I. GLOSARIO DE TÉRMINOS

- 1. Afiliado:** Se entiende por afiliado a (i) el Cliente Contratante que se afilia al servicio a su titularidad, y (ii) cada uno de los dependientes que el Cliente haya aceptado incluir con el cargo adicional respectivo.
- 2. Ámbito:** El territorio de la República de Panamá.
- 3. Call Center:** Central de Asistencia del PRESTADOR, la cual puede ser contactada a la línea de atención 800-0909.
- 4. Cliente Contratante:** Persona física que que contrata el servicio a su titularidad y puede asimismo incluir dependientes para los beneficios respectivos, con el cargo adicional respectivo.
- 5. Consulta Médica:** Toda solicitud de información sobre un problema de salud que no ponga en peligro la integridad y/o la función de un órgano, que no ponga potencialmente en peligro la vida y no requiera atención médica inmediata.
- 6. Plan:** El plan de servicios de asistencia, objeto de las presentes Condiciones de Uso.
- 7. Preexistencia:** cualquier lesión, enfermedad o dolencia que afecte al afiliado, diagnosticada con anterioridad a la fecha de inicio del servicio. Por lo anterior, a criterio del Prestador, no se prestarán los servicios materia de este instrumento en situación de preexistencia.
- 8. Epidemias:** se da cuando la enfermedad ataca a numerosas personas dentro de un mismo tiempo y lugar
- 9. Pandemias:** es la propagación de una enfermedad en forma mundial.
- 10. Servicios:** Los servicios de asistencia contemplados en el Plan contratado, cuyas definiciones se encuentran detalladas en éste documento.
- 11. Prestador:** El proveedor de los servicios del PLAN, a saber, la entidad Panamá Asistencia S.A., entidad existente y vigente conforme a las leyes de la República de Panamá.
- 12. Red de Proveedores:** Se trata de las personas y entidades que forman parte de la red de proveedores del PRESTADOR para efectos del PLAN, la cual puede ser consultada a través del Call Center. La Red de Proveedores podrá ser modificada en cualquier momento por el PRESTADOR.
- 13. Scotiabank:** La entidad THE BANK OF NOVA SCOTIA.

II. AFILIACIÓN AL PLAN

Para efectos de afiliarse al PLAN, el Cliente Contratante deberá completar el Formulario de Afiliación respectivo, o bien aceptar su afiliación por medios de comunicación a distancia tales como, pero sin limitarse a, afiliación por teléfono, correo electrónico, plataforma web Scotia en Línea, entre otros. Lo pactado no es un producto de seguros ni se encuentra regulado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.

III. ELEGIBILIDAD:

Serán elegibles como clientes contratantes del Plan, las personas mayores de 18 años, que sean clientes de The Bank of Nova Scotia.

VI. PRECIO Y CAMBIOS EN EL SERVICIO

El precio del servicio por cada afiliado reportado, incluyendo impuesto, será la suma mensual de US\$ 5.00. En caso de efectuarse alguna modificación sustancial de los términos contractuales del PLAN (precio, servicios, tiempos de espera, proveedor principal, límites y restricciones, entre otros), SCOTIABANK comunicará al Cliente Contratante dicho cambio antes de que entre en efecto con al menos un mes de antelación, y en dado caso, el Cliente Contratante podrá cancelar su afiliación si no estuviera de acuerdo con el o los cambios. Si no se recibiera comunicación del Cliente Contratante o cancelación de su afiliación durante dicho plazo de un mes, se entenderá que ha aceptado los cambios. No se considerará modificación sustancial el incremento o disminución de la Red de Proveedores, la cual podrá ser consultada en todo momento a través del Call Center.

En caso de cambio del medio de pago del Cliente Contratante (tarjeta de crédito o débito), deberá reportar dicho cambio de inmediato en cualquiera de las sucursales de SCOTIABANK, para la actualización respectiva de los sistemas de cobro. En caso de falta de pago del precio mensual por cualquier causa, incluyendo la falta de actualización antes indicada, o si no es posible su cobro en los medios autorizados por el Cliente Contratante, SCOTIABANK podrá en cualquier momento proceder con la terminación de la membresía del Cliente Contratante y sus Dependientes sin responsabilidad.

V. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR UN SERVICIO

Sin perjuicio de los requisitos específicos indicados en la sección VI siguiente, cuando se requiera la prestación de los servicios previstos en este documento, el AFILIADO, antes de iniciar cualquier acción o efectuar cualquier pago, deberá:

- Solicitar a EL PRESTADOR a la línea telefónica exclusiva de Asistencia 800-0909 la asistencia correspondiente.
- Brindar la información que requiera el Call Center, incluyendo sus datos identificativos, nombre, cedula, tipo de tarjeta o cuenta, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicio que precise. El importe de estas llamadas telefónicas será por cuenta de EL PRESTADOR.
- El Call Center verificará que la membresía del AFILIADO esté vigente y al día en sus pagos mensuales.
- Seguir las indicaciones del Call Center para la prestación del servicio.

El AFILIADO podrá solicitar los servicios de su plan a las cuarenta y ocho (48) horas posteriores a su afiliación, excepto en caso de emergencia previamente autorizados por el Call Center. No estarán cubiertos los servicios que el AFILIADO haya contratado, gestionado y pagado por su cuenta sin el previo consentimiento o autorización de EL PRESTADOR.

VI. SERVICIOS DEL PLAN

El PLAN contiene los siguientes servicios de asistencia para cada AFILIADO en el ámbito territorial de la República de Panamá, **sujeto al monto máximo y cantidad de eventos señalados en la Tabla de Servicios:**

1. GASTOS MEDICOS POR ACCIDENTE: EL PRESTADOR, a solicitud del AFILIADO habilitado coordinará a través de su Call Center las 24 horas del día, durante los 365 días del año el servicio de asistencia médica. Este servicio tiene por función proporcionar atención médica inmediata por accidente. Esta prestación incluye: (i) Coordinación en clínicas hospitalares, y (ii) Coordinación de exámenes laboratorios y Rayos X.

2. ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA 24/7: EL PRESTADOR, a solicitud del AFILIADO habilitado proporcionará este servicio a través de su Call Center las 24 horas del día durante los 365 días del año. Este servicio tiene por función proporcionar atención médica telefónica inmediata en tiempo real, valorando la aparición de síntomas o problemas médicos y clasificándolos como consulta médica o bien como emergencia médica y en tal caso. Esta prestación incluye:

- Orientación médica telefónica para el análisis en primera instancia de los síntomas del paciente. Este servicio será otorgado por un médico debidamente registrado en el colegio médico del país.

- Análisis de la emergencia médica real y la necesidad de derivar al paciente a las unidades asistenciales públicas o privadas correspondientes por medio de Ambulancia (a costo del AFILIADO).
- La activación de traslado inmediato para la atención de las emergencias médicas a las unidades asistenciales públicas o privadas más cercanas correspondientes (a costo del AFILIADO).

Adicionalmente se ofrecerán los siguientes servicios de información:

- Información general farmacológica sobre las indicaciones, contraindicaciones e interacciones de fármacos utilizados por prescripción médica documentada; promoviendo el uso racional de los fármacos y evitando la automedicación y cuestionamiento de las prescripciones terapéuticas de otros médicos.
- Información general sobre los cuidados y atención para la promoción de la salud de lactantes e infantes, esquemas de inmunización, alimentación, higiene, estimulación temprana y desarrollo.
- Información general sobre indicaciones y condiciones preparativas de pruebas diagnósticas.
- Información general sobre los servicios de emergencia y/o consultas externas que prestan los centros asistenciales públicos y privados.

3. MEDICO A DOMICILIO: EL PRESTADOR coordinará la visita de un médico de su red de proveedores hasta el domicilio del AFILIADO cuando así se requiera, siempre que sea autorizado previamente por el Call Center a través del servicio de Orientación Médica Telefónica. En caso de no existir disponibilidad de médicos a domicilio en la zona geográfica donde se encuentre el paciente, EL PRESTADOR podrá optar por una consulta médica general en el consultorio más cercano a su domicilio. En caso que el PRESTADOR deba coordinar la visita directamente en el Hospital, clínica o Centro médico más cercano, el costo estará a cargo del PRESTADOR, y el servicio será considerado como una visita médica. Este servicio incluye los honorarios del médico general para la consulta.

4. CHEQUEO MEDICO ESPECIALISTA: El AFILIADO tendrá derecho a la atención de un médico especialista que forma parte de la red del PRESTADOR, en la especialidad que este requiera. Esta red estará integrada por especialistas de áreas de la medicina, tales como: Pediatría, Geriátría, Psicología, Psiquiatría, Oncología, Cardiología, Neurología, Gastroenterología, Ginecología y otros especialistas.

5. LABORATORIO: El AFILIADO tendrá derecho a tres exámenes preventivos anualmente a realizar en la red del PRESTADOR: Hemograma completo, toma de muestra y análisis de: hemograma, velocidad de sedimentación, glucosa, creatinina, GGTP (gamma glutamiltranspetidasa), colesterol, triglicéridos, ácido úrico, examen de orina completo.

6. CONSULTA DENTAL: El AFILIADO del servicio tendrá derecho a solicitar una consulta médica para una limpieza dental con un proveedor de la red del PRESTADOR. El AFILIADO deberá solicitar telefónicamente el servicio médico al PRESTADOR, y recibir su autorización. EL PRESTADOR coordinará un turno con alguno de los proveedores suscritos a su red e indicará al AFILIADO la fecha y hora del mismo. Queda expresamente establecido que este servicio no opera bajo la modalidad de reintegro bajo ninguna circunstancia y/o eventualidad.

7. OFTALMOLOGIA: A través de su red de proveedores, el PRESTADOR brindará los siguientes servicios por urgencias que sean requeridas por el AFILIADO: Diagnóstico (Examen e Historia Clínica), Estudio de la Agudeza Visual, Refracción Pre y Post Cicloplejía, Toma de Tensión Intraocular, Balance de los Movimientos Oculares, Discriminación de Colores, Biomicroscopía: Lámpara de hendidura para estudiar Córnea, Conjuntiva, Cámara anterior, Pupil, Cristalino, Gonioscopía, Fondo de Ojo, Urgencia Oftalmológica.

8. ENVIO DE MEDICAMENTOS A DOMICILIO: El AFILIADO tendrá derecho a solicitar el envío de medicamentos hasta el lugar donde se encuentre, siempre y cuando el servicio se encuentre disponible en el lugar. El servicio contempla el traslado de los medicamentos, no el costo de los mismos que deberá ser sufragado por el AFILIADO. Este beneficio es válido únicamente en zonas urbanas del territorio nacional, se excluye expresamente a las islas.

9. TARIFAS MEDICAS PREFERENCIALES: EL PRESTADOR pondrá a disposición del AFILIADO una redde proveedores médicos con descuentos y precios preferenciales. Esta red estará integrada por especialistas de áreas de la medicina, tales como: Pediatría, Geriátría, Psicología, Psiquiatría, Oncología, Cardiología,

Neurología, Gastroenterología, Ginecología y otros especialistas en consultas ambulatorias y hospitalización.

10. DESCUENTOS Y PRECIOS PREFERENCIALES: EL PRESTADOR pondrá a disposición del AFILIADO una red de proveedores, descuentos y precios preferenciales en:

- En Análisis clínicos básicos (sangre, orina y rayos X). Estas pruebas pueden aplicarse tanto para un diagnóstico inicial, así como para exámenes previos a estudios más sofisticados como ultrasonido, resonancia magnética, endoscopia, mamografía, biopsias, entre otros, si así es requerido por el médico dictaminador. Estos servicios se podrán realizar en la red de laboratorios y clínicas u hospitales afiliados a la red del programa.
- En Medicamentos: En farmacias para medicamentos prescritos únicamente. Incluye medicamentos de marca y genéricos con despacho gratuito a domicilio que se ofrecerán en una cadena de farmacias afiliadas y de probado reconocimiento.

11. CHEQUEO MEDICO: El AFILIADO tendrá derecho a la realización de dos exámenes preventivos anuales a través de la red del PRESTADOR, tales como: Evaluación clínica medicina general, hemograma completo, toma de muestra y análisis de: hemograma, velocidad de sedimentación, glucosa, creatinina, GGTP (gamma glutamiltranspetidasa), colesterol, triglicéridos, ácido úrico, Examen de orina completo, Radiografía simple de tórax, Examen de cáncer de colon (sanguíneo), Examen preventivo de cáncer: próstata o mamografía (táctil). EL PRESTADOR coordinará un turno con alguno de los proveedores suscritos a su red e indicará al AFILIADO la fecha y hora del mismo. Queda expresamente establecido que este servicio no opera bajo la modalidad de reintegro bajo ninguna circunstancia y/o eventualidad.

12. COORDINACION DE AMBULANCIA: Ante emergencia médica EL PRESTADOR coordinará a través de su Call Center el envío inmediato de una ambulancia al lugar donde se encuentre el solicitante, para su traslado hasta el centro asistencial médico más cercano, con prioridad a centros de la Red del PRESTADOR, que cuenten con la capacidad de recibir y atender la emergencia causante del traslado. Esta prestación incluye los casos de traslados para tratamientos previamente programados hasta el consultorio médico o centro de salud, si el AFILIADO se encuentra incapacitado físicamente para desplazarse como consecuencia de una operación quirúrgica, enfermedad o accidente. Este servicio se brindará en el territorio de La República de Panamá, en función de la disponibilidad de la red privada de ambulancias del PRESTADOR. De no existir disponibilidad de ambulancias privadas de la red del PRESTADOR en la zona, se coordinará con los servicios públicos más cercanos al lugar de la solicitud. Los tiempos de respuesta de los servicios públicos serán los correspondientes a la infraestructura pública y disponibilidad de los mismos. El servicio contempla únicamente la coordinación, no el costo del mismo que deberá ser sufragado por el AFILIADO.

13. SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA: Por solicitud del AFILIADO, el PRESTADOR brindará la referencia de un médico especialista que pueda brindar una segunda opinión sobre un diagnóstico o tratamiento médico indicado por un primer profesional, con fines de contar con alternativas sobre el curso de acción de su enfermedad.

14. INTERPRETACION TELEFONICA DE ESTUDIOS DE LABORATORIO: Si por indicación médica el AFILIADO haya tenido la necesidad de realizarse estudios de laboratorio como auxiliar diagnóstico de alguna enfermedad, y requieren de una lectura e interpretación preliminar de los mismos, EL PRESTADOR pondrá a disposición del afiliado un profesional de la medicina que brinde la asistencia hasta que pueda presentar los estudios con su médico tratante.

15. ENFERMERA A DOMICILIO POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD: En caso de que así lo solicite y por motivo de enfermedad y/o accidente el AFILIADO podrá solicitar el servicio de cuidados de enfermería en casa hasta por tres (3) días, siempre y cuando no se trate de una enfermedad preexistente o crónica. Este beneficio es válido únicamente en zonas urbanas del territorio nacional, se excluye expresamente a las islas. Máximo 4 eventos al año.

16. ESTUDIO DIAGNOSTICO DE LABORATORIO: Si el AFILIADO requiere de la realización de un estudio clínico como auxiliar en el diagnóstico de alguna enfermedad, siempre que sea por prescripción médica, EL PRESTADOR coordinará y cubrirá el costo de los siguientes estudios a través de su red de proveedor: Biometría hemática, química sanguínea o examen general de orina. Hasta los montos y eventos anuales especificados en la tabla de coberturas.

17. REFERENCIA Y/O COORDINACION: Cuando el AFILIADO, previa solicitud telefónica requiera de referencias y coordinación de servicios, EL PRESTADOR realizará dicha coordinación a través de su Call Center. Este servicio incluye referencias y coordinación de servicios con hospitales y centros médicos, centros de rehabilitación médica, laboratorios, médicos especialistas, farmacias y ópticas.

VII. TABLA DE SERVICIOS

ASISTENCIA SALUD		Cantidad de Servicios	Monto Máximo (US\$)
1. Gastos Médicos por Accidente		2 eventos	500.00
2. Orientación médica telefónica 24/7		Sin límite	Sin límite
3. Consulta médica a domicilio		6 eventos	50
4. Chequeo médico especialista		3 eventos	50
5. Laboratorio		3 eventos	50
6. Consulta dental (limpieza)		1 evento	50.00
7. Oftalmología por urgencia		1 evento	100.00
8. Envío de medicamentos a domicilio		Sin límite	Sin límite
9. Tarifas medicas preferenciales		Sin límite	Sin límite
10. Descuentos y precios preferenciales		Sin límite	Sin límite
11. Chequeo médico Gratuito		2 eventos	Sin limite
12. Coordinación de Ambulancia		Sin límite	Sin límite
13. Segunda opinión médica		Sin límite	Sin límite
14. Interpretación telefónica de estudios de laboratorio		Sin límite	Sin límite
15. Enfermera a domicilio por accidente o enfermedad		4 eventos	Hasta 3 días, 50 por día
16. Estudios diagnósticos de laboratorio		3 eventos	50
17. Referencia y/o Coordinación	Con hospitales y centros médicos	Sin límite	Sin límite
	Con centros de rehabilitación médica	Sin límite	Sin límite
	Con laboratorios	Sin límite	Sin límite
	Con médicos especialistas	Sin límite	Sin límite
	Con farmacia	Sin límite	Sin límite
	Con ópticas	Sin límite	Sin límite

VIII. LÍMITES Y RESTRICCIONES DEL PLAN

No podrá utilizarse los servicios en los hechos o solicitudes que se ocasionen como consecuencia directa o indirecta de los siguientes supuestos:

1. Los causados por dolo o mala fe del Afiliado.

2. Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.
3. Hechos y actos derivados de terrorismo, huelgas, asonadas, motín o tumulto popular.
4. Hechos y actos de las fuerzas armadas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.
5. Hechos derivados de la energía nuclear radiactiva.
6. Los servicios que el AFILIADO hayan contratado, gestionado y pagado por su cuenta.
7. Cuando el AFILIADO no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el asunto.
8. Todo tipo de enfermedades preexistentes, epidémicas y pandemias.

IX. TERMINACIÓN

SCOTIABANK podrá cancelar la membresía del AFILIADO al PLAN, sin responsabilidad, en caso de falta de pago del precio o imposibilidad de cobro en los medios autorizados por el AFILIADO. Asimismo, El AFILIADO podrá cancelar su membresía al PLAN en cualquier momento, brindando una notificación previa a SCOTIABANK en sus sucursales. En dado caso, el cobro se suspenderá en el mes inmediato siguiente a la terminación.

En caso de terminación por cualquier causa, el AFILIADO no podrá volver a suscribir el PLAN hasta transcurridos los meses necesarios para cumplir el año de vigencia del plan terminado, ya que los límites de uso de los servicios (cantidad de eventos) son establecidos para periodos anuales.

X. GENERALIDADES

El presente Plan se rige por las condiciones de uso antes indicadas, y supletoriamente por las leyes y reglamentos de la República de Panamá. Al incorporarse al PLAN a través del Cliente Contratante, se entiende para todo efecto legal que el AFILIADO entiende y acepta la totalidad de las condiciones aquí indicadas. El AFILIADO entiende y acepta que los servicios del presente contrato serán prestados por el PRESTADOR y su Red de Proveedores, por lo que SCOTIABANK no tendrá ninguna responsabilidad por cualquier daño o pérdida que pueda generarse en la prestación de dichos servicios.

Los beneficios del presente plan no son transferibles, no se pueden vender, ceder, heredar, ni de cualquier forma transferir por parte de EL AFILIADO. En caso de dudas, consultas, quejas, o requerimiento de actualización de datos del AFILIADO, este podrá presentarse a cualquier sucursal de SCOTIABANK a realizar la gestión respectiva.

El presente Plan no es un producto de seguros ni se encuentra regulado por la Superintendencia de Seguros y Reaseguros de Panamá.