

CLÁUSULA – TÉRMINOS Y CONDICIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIAS MÉDICAS OPTATIVAS AL DESGRAVAMEN

EL PRESENTE PROGRAMA DE ASISTENCIAS ESTARÁ DISPONIBLE A LAS 48 HORAS DE HABER INICIADO LA VIGENCIA DEL SEGURO DE DESGRAVAMEN PLUS RESPALDADO POR RIMAC SEGUROS

Este Programa de Asistencias es gestionado y operado por un proveedor de servicios de RIMAC a los clientes de Financiera Efectiva que han aceptado expresamente y por voluntad propia, la contratación de este Programa de Asistencias que se añade al Certificado de Seguro Desgravamen Plus, conforme los términos y condiciones establecidos en el presente documento. Cualquier cambio o variación del presente Programa de Asistencias será informado con anticipación a través de su correo electrónico o por vía sms.

1. OBJETO:

EL PROVEEDOR brindará a los ASEGURADOS, los servicios que se indican en el presente documento, y que se refieren a una o varias contingencias que puedan sufrir los ASEGURADOS.

2. COSTO MENSUAL DE LA ASISTENCIA:

S/ 3.20

3. BENEFICIOS:

Los siguientes beneficios se brindarán al Asegurado y, adicionalmente hasta 4 dependientes:

Servicios de Asistencia	Tope Eventos anual por Certificado
Signos vitales – Diagnóstico por Inteligencia Artificial (IA)	02 eventos al mes por el plazo del crédito
Telemedicina	01 evento al mes, por el plazo del crédito
Orientación médica telefónica	01 evento al mes, por el plazo del crédito
Entrega de medicamentos derivados de la telemedicina (medicamentos genéricos)	01 evento al mes, por el plazo del crédito
Descuento en medicamentos en farmacias	Hasta S/ 20 de la receta nominada, por el plazo del crédito

Importante:

- Este servicio estará a disposición del ASEGURADO y hasta 4 dependientes, las veces que el ASEGURADO y hasta 4 dependientes lo requiera de acuerdo a las condiciones descritas en el presente documento, a través de la Central de Asistencias +51(1) 680-3534 para Lima y para provincia 0-800-78-041.
- EL PROVEEDOR es el único y exclusivo responsable de todas las asistencias especificadas en el presente Manual de Uso.
- Las comunicaciones cursadas por el ASEGURADO y hasta 4 dependientes a EFECTIVA o a RIMAC, por aspectos relacionados con los servicios detallados en el presente Manual de Uso tienen el mismo efecto que si se hubiere dirigido al PROVEEDOR.
- Medios para comunicar aspectos de la asistencia:** El ASEGURADO acepta expresamente que los datos de contacto que usará EL PROVEEDOR para comunicar cualquier aspecto relacionado con las asistencias del Seguro DESGRAVAMEN PLUS serán correo electrónico, teléfono fijo, celular y dirección física indicados por EFECTIVA.
- Vigencia del servicio:** Será la vigencia del Seguro DESGRAVAMEN PLUS de forma mensual. Para mantenerla activa es requisito el pago del Seguro contratado con EFECTIVA.
- Periodo de Carencia:** 48 horas posterior a la contratación de la asistencia.
- Medios habilitados por EL PROVEEDOR para presentar reclamos:** En caso de reclamo, el ASEGURADO y hasta 4 dependientes cuentan con la Central de Asistencias +51(1) 6803534 para Lima y para provincia 0-800-78-041. EL PROVEEDOR tendrá un plazo máximo de quince (15) días hábiles para resolver el reclamo presentado. En caso de persistencia del reclamo o queja, el ASEGURADO y sus 4 dependientes podrán ejercer los mecanismos de solución de controversias que consideren adecuados para hacer prevalecer sus derechos.
- Se entenderán como dependientes del ASEGURADO al cónyuge, padres, hijos y/o dependientes menores de 18 años que vivan permanentemente y bajo la dependencia económica del ASEGURADO.

4. DETALLE DE LOS SERVICIOS:

4.1 Signos Vitales – Diagnóstico por Inteligencia Artificial (IA): En caso de que el ASEGURADO y sus 4 dependientes requiera conocer el estado de sus signos vitales y que estos no sean considerados una emergencia, podrán comunicarse con nuestra plataforma de atención y solicitar el servicio de Diagnóstico por Inteligencia Artificial (IA) que se brindará a través de un link que le llegará al cliente por el correo electrónico que brinde al momento de la comunicación. Este servicio brindará la siguiente información:

- Puntuación de Bienestar General
- Signos vitales (Frecuencia Cardiaca, latidos irregulares, respiración, presión arterial)
- Fisiológico (Ritmo cardiaco)
- Mental (Índice de estrés)
- Físico (Índice de masa corporal, edad de piel facial, ratio de cintura-altura, índice de forma corporal)
- Riesgos generales (Riesgo de enfermedad cardiovascular, riesgo de infarto, riesgo de infarto cerebral)

- Riesgos metabólicos (Riesgo de hipertensión, riesgo de hipertrigliceridemia, riesgo de hipercolesterolemia, riesgo de diabetes tipo 2)
- Biomarcadores sanguíneos.

Condiciones del Servicio: Este servicio puede solicitarse 24/7 y por un máximo de dos (2) eventos al mes.

IMPORTANTE:

Este servicio no es un dispositivo médico y no debe utilizarse como sustituto del criterio clínico de un profesional de la salud. Este servicio tiene como objetivo mejorar su conocimiento sobre el bienestar general, no está destinado a diagnosticar, tratar, mitigar o prevenir ninguna enfermedad, síntoma, trastorno o condición física anormal. Consulte con un profesional de la salud o con los servicios de emergencia si cree que puede tener un problema médico.

Además del link provisto por correo electrónico, también podrá solicitar el servicio escaneando el siguiente QR:



4.2 TELEMEDICINA: En caso de que el ASEGURADO y hasta 4 dependientes requiera la evaluación de un médico por alguna enfermedad o molestia (situaciones que no sean emergencias), podrán comunicarse con la plataforma de atención y solicitar el servicio de Telemedicina que se brindará a través de Video llamada e incluye el envío de una receta digital personalizada con firma y sello del médico. Este servicio aplica para las siguientes especialidades:

- Medicina General
- Cardiología
- Ginecología
- Geriatria
- Pediatría
- Psiquiatría
- Dermatología

Condiciones del Servicio: El servicio se programa con 4 hasta 24 horas de anticipación de lunes a domingo en el horario de atención 8:00 am a 8:00 pm.

Este servicio se puede usar una (1) vez al mes.

4.3 ORIENTACIÓN MÉDICA TELEFÓNICA: En caso de que el ASEGURADO y hasta 4 dependientes requiera de una Orientación Médica Telefónica ante cualquier molestia que sufrieran (situaciones que no sean Emergencia), se gestionará y coordinará el enlace telefónico con un médico especialista para poder absolver la consulta requerida y recomendar una terapéutica farmacológica. La orientación se podrá realizar para las siguientes especialidades:

- Orientación Medicina General
- Orientación Pediátrica
- Orientación Nutricional
- Orientación Psicológica

Condiciones del servicio: El servicio se brindará las 24 horas del día los 365 días del año, de manera inmediata y/o como máximo 15 minutos. Cabe señalar que no se emite diagnósticos ni receta de medicamentos vía telefónica. Este servicio se puede usar una (1) vez al mes. La orientación nutricional y psicológica es en horario de lunes a viernes de 8:00 am a 6:00 pm.

4.4 ENTREGA DE MEDICAMENTOS DERIVADOS DE LA TELEMEDICINA: En caso el ASEGURADO y hasta 4 dependientes necesite medicamentos que hayan sido recetados como consecuencia de la telemedicina, el PROVEEDOR coordinará la entrega a domicilio o recojo físico de los medicamentos sin costo. Los medicamentos serán genéricos y dependerá de la disponibilidad de la farmacia asignada. la receta debe tener una antigüedad no mayor a 7 días.

Condiciones del servicio: Este servicio estará a disposición del afiliado las 24 horas, previa coordinación, los medicamentos serán genéricos sin costo y los que se encuentren a disposición de la farmacia asignada. Este servicio se puede usar una (1) vez al mes. La entrega de medicamentos es en el horario de funcionamiento de las farmacias.

4.5 DESCUENTOS EN MEDICAMENTOS EN FARMACIAS: En caso el ASEGURADO y hasta 4 dependientes necesite medicamentos como consecuencia de un accidente o enfermedad, el PROVEEDOR procederá a coordinar con la farmacia un descuento en el costo, donde el PROVEEDOR asumirá el 10% del costo de la receta, como máximo S/ 20. Para poder acceder al descuento, el ASEGURADO debe contactarse previamente con el PROVEEDOR quien autorizará el descuento, indicará a qué Farmacia debe acercarse y el procedimiento para acceder al descuento.

Condiciones del servicio: MOK asumirá el 10% del costo de la receta y por máximo de S/ 20 (Veinte soles y 00/100 Soles) y por única vez, no incluye el envío a domicilio. Este beneficio estará disponible una (1) vez al mes. El Asegurado debe presentar DNI para que se le otorgue el beneficio.

5. EXCLUSIONES:

No quedará cubierto por las disposiciones de estas condiciones además lo siguiente:

- Cuando el ASEGURADO y sus dependientes no proporcione información veraz y oportuna, que por su naturaleza no permita atender debidamente el evento.
- Los resultantes de los servicios que el ASEGURADO y hasta 4 dependientes haya contratado sin el previo consentimiento del PROVEEDOR.
- Medicamentos en etapa experimental.
- Mala fe del ASEGURADO y sus dependientes, comprobada por el personal del PROVEEDOR o si en la petición mediare mala fe.

- Enfermedades mentales.
- Cuando el ASEGURADO y sus dependientes no se identifique como ASEGURADO de los Servicios.

El PROVEEDOR y RIMAC quedan relevados de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor le sea imposible prestar las acciones de asistencia prescritas en estas condiciones, sin perjuicio de las indemnizaciones a que hubiere lugar, las que se pagarán contra la presentación de los comprobantes de gastos respectivos que presente el ASEGURADO y hasta 4 dependientes y hasta concurrencia de los límites que se señalan en este documento.

6. TERRITORIALIDAD DE LOS SERVICIOS:

Los servicios de entrega de medicamentos derivados de la telemedicina y descuentos en medicamentos en Farmacias se prestarán sujeto a disponibilidad en zona urbana en el Perú
Los demás servicios tienen cobertura en los 24 departamentos del Perú y en el Callao.

7. PROCEDIMIENTO PARA LA SOLICITUD DEL SERVICIO:

Todos los servicios enumerados en el presente documento deberán ser solicitados a través de la Central de Asistencias +51(1) 680-3534 para Lima y para provincia 0-800-78-041 o a través del siguiente correo electrónico atencion.asistencia@grupomok com los 365 días del año. Los referidos servicios serán atendidos por el PROVEEDOR con la mayor prontitud posible y dentro de los plazos ofrecidos en el presente Manual de Uso.

Al momento de comunicarse el ASEGURADO y hasta 4 dependientes deberá indicar los siguientes datos:

- Nombre y Apellidos (*)
- DNI (*)
- Dirección y teléfono
- Tipo de servicio que precise

(*) Datos del ASEGURADO y sus dependientes obligatorios para todo tipo de información o solicitud de asistencia.

Para todos los casos, el PROVEEDOR tendrá siempre derecho de solicitar cualquier otro antecedente, información o documento que se estime pertinente que sean necesarios para la evaluación de la solicitud del servicio correspondiente.

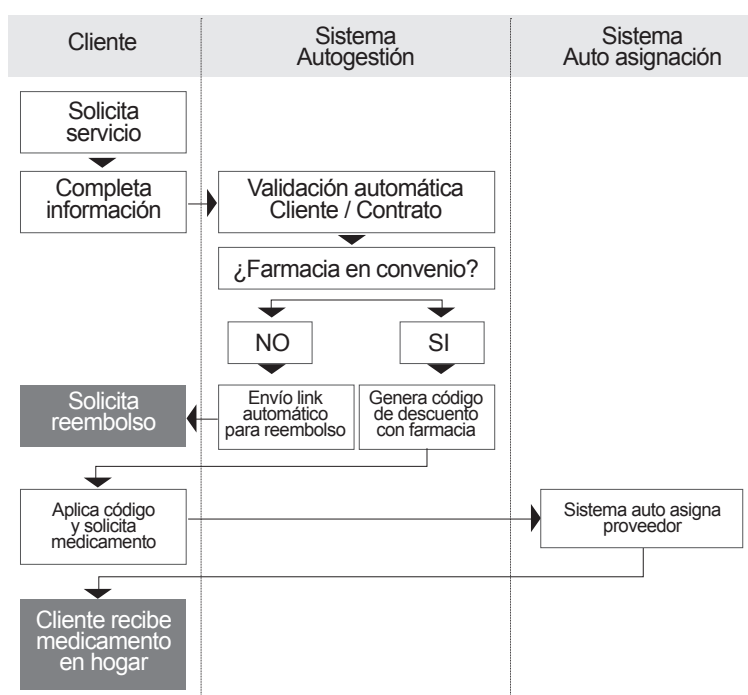
Una vez cumplidos todos los requisitos indicados, el PROVEEDOR le prestará al ASEGURADO y hasta a 4 dependientes los servicios solicitados a los cuales tenga derecho de conformidad con los términos, condiciones y limitaciones del presente documento. En caso de que el ASEGURADO o sus dependientes no cumpla con los requisitos indicados, el PROVEEDOR y RIMAC no asumirán responsabilidad ni gasto alguno relacionado con los servicios relacionados con el presente convenio ni frente a EFECTIVA ni frente al ASEGURADO y sus 4 dependientes.

Toda llamada o comunicación a la Central de Asistencias será considerada por el PROVEEDOR como declaración o parte de la solicitud de asistencia, por lo que el ASEGURADO y sus 4 dependientes autorizan expresamente al PROVEEDOR para que todas las llamadas o comunicaciones sean registradas en forma automática, con el fin de que quede constancia de las solicitudes del ASEGURADO y sus 4 dependientes.

8. REEMBOLSO PARA CLIENTES QUE NO TIENEN COBERTURA POR LOCALIZACIÓN

El PROVEEDOR se obliga a reembolsar al ASEGURADO y hasta a 4 dependientes en los casos que la Farmacia del lugar donde se encuentre, no cuente con Convenio con el Proveedor.

Flujo para clientes
(incluye solución a clientes
que no tienen cobertura por localización)
→ Reembolso



El flujo de reembolso con MOK se reporta a través de nuestra central.

9. FORMA DE PRESTAR LOS SERVICIOS:

Las prestaciones mencionadas se realizarán por empresas profesionales o proveedores designados por el PROVEEDOR. El PROVEEDOR Y RIMAC quedan relevados de responsabilidad cuando por causa de fuerza mayor o caso fortuito ajenos a su voluntad, las prestaciones antes mencionadas no estén disponibles en el lugar en que se encuentre ubicado el ASEGURADO y sus 4 dependientes, o el inmueble del ASEGURADO y sus 4 dependientes. No obstante, en estos casos, el PROVEEDOR quedará obligado a compensar los gastos que expresamente haya autorizado efectuar al ASEGURADO y sus 4 dependientes para obtener directamente las prestaciones garantizadas en el presente documento, siendo necesaria la presentación de los comprobantes de los gastos respectivos. Esto aplica solo para el beneficio en farmacias.