



Contrato de Adhesión y Reglamento  
Asociados al Sistema de OSAM



**Cláusula I: Características del Sistema:** OSAM es el nombre del sistema de prestaciones médico asistenciales, asociativo, solidario, igualitario y sin fines de lucro, desarrollado por la Asociación Mutual de la Asociación Médica de Pergamino, de acuerdo al Reglamento de Servicios que acompaña al Estatuto de esta Mutual.

Su finalidad consiste en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a sus asociados, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante un sistema prepago de adhesión, ya sea con efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, en forma individual o corporativa, así como también la de desregulación para acceder a planes complementarios y superadores del Programa Médico Obligatorio (P.M.O.)

Se garantiza la libre elección del profesional por parte del asociado dentro de la cartilla de prestadores que se pone a disposición del mismo, siempre y cuando los mismos tengan disponibilidad.

En caso de urgencia, la elección del prestador estará supeclificada a la disponibilidad de capacidad hotelera (cama) en el establecimiento receptor, siempre en igual o similares estándares de calidad que permita resolver la patología existente.

Toda cirugía programada debe ser previamente autorizada por el Departamento de Auditoría Médica de OSAM, quienes requerirán la documentación necesaria para esta acción. De ser necesario, el Departamento de Auditoría Médica se reserva la prerrogativa de solicitar una segunda opinión o la derivación a otra Institución, siempre resguardando la calidad profesional y en salvaguarda de la salud del paciente.

**Cláusula II: Disposiciones Generales:** El presente Contrato de Adhesión Voluntaria, así como las condiciones particulares que constan en la Cartilla de Prestadores según el plan elegido, con las limitaciones, ampliaciones o modificaciones que OSAM pudiera introducir en el futuro, determinan los derechos y obligaciones de los asociados que opten voluntariamente por ingresar al sistema o que pertenezcan al sistema de desregulación a través de las obras sociales que tienen convenio vigente con OSAM.

El presente Contrato contiene las condiciones generales de contratación y de cobertura médica, como así también los derechos y obligaciones de las partes que regirán durante la vigencia de la relación contractual que lo vinculan a OSAM.

Por razones que hacen a su objeto, a la operatoria de prestación de servicios de salud y con el fin de garantizar su eficacia, se ha adoptado la modalidad de un contrato de adhesión. Sin perjuicio de ello, el mismo recepta la normativa que rige la materia: Ley 26.682 y sus disposiciones reglamentarias, concordantes y modificatorias.

El presente Contrato se ajusta a pautas definidas a fin de proveer: a) la mejor atención médico asistencial al asociado; b) la máxima calidad técnica de los efectores de salud contratados conforme al plan elegido; y c) la más eficaz gestión de los recursos sanitarios en función de los principios de accesibilidad, integralidad y solidaridad. Se basa en el concepto de la libre elección entre los profesionales y centros asistenciales contratados, conforme al plan adoptado. Se ofrece la cobertura integral de la salud prevista en el plan contratado.

Se acepta por el asociado que las referidas modificaciones, limitaciones o ampliaciones así como las variaciones de cuota y topes que se establezcan, se reajustarán de acuerdo a lo establecido por el Art. 5 inciso g) de del Decreto N°66/2019 modificatorio del decreto N°1993/11.

Obligaciones de OSAM: a) Preservar las condiciones prestacionales para brindar una adecuada protección a la salud. Sostener la oferta de prestadores en niveles equiparables a la cartilla ofrecida al tiempo de celebrar el contrato. b) No resolver el contrato en forma unilateral y sin que se produzcan algunas de las causales expresamente establecidas por la Ley 26.682, decretos reglamentarios y sus modificatorias. c) A ofrecer y sostener un nivel de internación en condiciones similares a aquellas vigentes al momento de la voluntad de contratación. d) A no modificar unilateralmente las obligaciones recíprocas entre las partes. e) A preservar la ecuación económica-financiera existente al tiempo de contratar y con ello proteger al sistema prestacional integral. f) En caso de dar de baja algún prestador de cartilla OSAM se compromete a continuar brindando la cobertura en el prestador donde se estaba realizando el tratamiento especializado hasta el alta médica. Pasada dicha instancia se continuará el tratamiento con un prestador de cartilla. OSAM se compromete a continuar brindando la cobertura en el prestador donde se estaba realizando el tratamiento hasta el alta médica, salvo que pueda ser trasladado previa autorización médica a un prestador de cartilla.

### Cláusula III: Asociados:

1. Quienes pueden ser asociados del sistema:



**Titular individual:** Podrá asociarse a este sistema de medicina prepaga toda persona con capacidad jurídica de contratar, con residencia en la República Argentina.

**Grupo familiar primario:** Podrán integrar el grupo familiar - El titular, que deberá ser una persona con capacidad jurídica de contratar. A cargo del titular, en calidad de asociados - Su cónyuge o persona que conviva con el asociado titular en unión de hecho, sea o no de distinto sexo, según la acreditación en documentación e información sumaria pertinente expedida por autoridad competente, según cada jurisdicción - Hijos del titular, hijos del cónyuge o conviviente, solteros, hasta los veintiún (21) años no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral y los hijos menores cuya guarda y tutela haya sido acordada por autoridad judicial o administrativa - Hijos menores de 21 años que desarrollaban una actividad profesional, comercial o laboral y cesan en dicha actividad podrán incorporarse como integrantes del grupo primario a cargo del titular - Hijos solteros mayores de veintiún (21) años y hasta los veinticinco (25) años inclusive, que estén a exclusivo cargo del asociado titular y que acrediten que se encuentren cursando estudios regulares oficialmente reconocidos por la autoridad pertinente - Hijos incapacitados con certificado de discapacidad vigente y a cargo del asociado titular, mayores de veintiún (21) años. También podrán incorporarse como integrantes del grupo familiar primario a cargo del titular los hermanos incapacitados del socio titular, mayores de dieciocho (18) años, cuya curatela haya sido acordada por autoridad judicial, que reúnan los requisitos establecidos en el inciso a) del artículo 14 de la Ley 26.682.

En caso de muerte del titular, se garantiza a los integrantes del grupo familiar primario la cobertura del Programa Médico Obligatorio (P.M.O.) durante un período de dos (2) meses, contados desde su fallecimiento, sin obligación de efectuar pago alguno. Una vez vencido dicho plazo, el cónyuge supérstite, el descendiente de mayor edad o su representante legal, o cualquier otro miembro del grupo familiar a cargo, podrán optar por la continuidad, para lo cual cualquiera de los mencionados deberá constituirse como titular del plan.

**Bajas y/o Modificaciones del Grupo Familiar:**

**Bajas** - El asociado titular es el único autorizado para comunicar la baja de un asociado del grupo familiar mediante la suscripción del formulario pertinente y/o su propia baja. En caso de pretender la baja de algún integrante del grupo familiar que haya sido incorporado mediante desregulación de obras sociales, la

misma deberá contar previamente con la autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud (en adelante S.S.S).

**Modificaciones** - Los asociados solteros capaces, integrantes del grupo familiar, conformarán automáticamente una nueva cuenta como asociados titulares cuando cumplan los 21 años, conservando su antigüedad; debiendo suscribir el contrato, la Solicitud de Ingreso y Declaración Jurada para reconfirmar su nueva calidad de asociado dentro de un plazo de 30 días desde el día de su mayoría de edad, siempre que no se encuentren contemplados en las excepciones previstas en el Art. 14 de la Ley 26.682, que deberán ser debidamente acreditadas en el mismo plazo, manteniendo actualizada esta información ante nuestra entidad - El hijo/a que contrajera matrimonio o inicie relación de concubinato deberá solicitar la conformación de una nueva cuenta como titular dentro de los treinta (30) días siguientes a la fecha del hecho, para conservar su antigüedad - Toda persona que nazca y cuya madre esté asociada a OSAM y sea incorporada a un grupo familiar dentro de los treinta (30) días de producido el nacimiento, conservará la antigüedad del grupo familiar. En ese sentido, las partes acuerdan que el trámite de asociación del recién nacido es responsabilidad exclusiva del asociado titular. El plazo de los treinta (30) días es a efectos de completar la documentación para la gestión administrativa y conservar la antigüedad - El recién nacido del grupo familiar asociado a OSAM, podrá ser incorporado al sistema prepago de servicios médicos asistenciales, a partir del momento de su nacimiento. Para proceder a su incorporación en el plazo citado se deberá presentar su partida de nacimiento, DNI y certificado médico donde conste su estado de salud y el día y hora de su nacimiento y/o cualquier otra información médica solicitada por nuestra entidad en caso de corresponder.

**Cláusula IV: Incorporación:** La condición de beneficiario del sistema asociativo se adquiere a partir del momento en que OSAM comunique al primero la aceptación de la Solicitud de Inscripción, se entregue la credencial y que este abone las cuotas correspondientes conforme al plan que se le adjudique. En el caso de los recién nacidos la condición de beneficiario del sistema se adquiere desde la fecha en que el asociado titular complete la documentación necesaria indicada en la cláusula anterior. Los interesados a ingresar a OSAM deberán completar una Declaración Jurada de Antecedentes de Salud, se trate del beneficiario titular, su grupo familiar o familiar a cargo sin que implique la admisión automática ya que queda sujeta a la aprobación y a que no existan ocultamientos en los términos de la Ley 26.682. Deberán cumplir asimismo este



requisito, los nuevos miembros de un grupo familiar que solicitan su incorporación con posterioridad al titular. En caso de que se haya firmado la asociación a OSAM a través de obra social, los servicios comienzan una vez que la S.S.Salud haya confirmado el traspaso del beneficiario de su Obra Social de origen hacia aquella obra Social que tenga convenio con OSAM. En caso de que la S.S.Salud objete el trámite de traspaso, el asociado podrá solicitar el acceso a la cobertura abonando el costo completo del plan elegido hasta que se confirme el traspaso. En caso de que la S.S.Salud objete el trámite por inconsistente el solicitante se obliga a completar nuevamente la documentación necesaria a fin de obtener el traspaso.

Condiciones para formalizar el ingreso: Las personas interesadas en ingresar al sistema de medicina prepaga de OSAM deberán suscribir la solicitud de ingreso, con más su declaración jurada de enfermedades preexistentes y toda otra información solicitada por nuestra auditoría médica. El solicitante es personalmente responsable por la información suministrada en su declaración jurada, como así también por la correspondiente a cada uno de los integrantes del grupo familiar a su cargo. A tal fin la solicitud de ingreso se considera unitaria y la falsedad y/u omisión en la Declaración Jurada en los términos del Art. 961 del Código Civil y Comercial de la Nación, generará sin más el derecho resolutorio y/o de nulidad de la contratación para todos los usuarios consignados en la solicitud de ingreso. A tal efecto la sola omisión de enfermedades o estados de situación no declarados, constituye la falsedad de su declaración. Se deja expresa constancia que la persona titular de la cuenta, conoce y acepta dicha condición. En este sentido, cualquier falsedad, omisión o inexactitud de la misma, deliberada o no, invalidará la condición del socio, sin perjuicio del derecho de OSAM a exigir la restitución del costo de las prestaciones otorgadas en infracción y de las acciones civiles y sanciones penales que pudieran corresponder. OSAM, sobre la base de esta declaración jurada de enfermedades preexistentes, se reserva el derecho de proceder a la determinación de un valor diferencial en los términos del Art. 10 de la Ley 26.882; a la quita de las bonificaciones otorgadas, aplicando valores de cuota base (según Res. 419/2012 de S.S.Salud: Sin perjuicio de ello, se puntualiza que los datos relacionados con la composición del grupo familiar también revisten el carácter de Declaración Jurada, por lo que cualquier modificación ulterior o pedido de alta durante la vigencia del contrato facultará a OSAM a proceder de conformidad con los Arts. 9 o 10 Ley 26.882, o bien a la quita de las bonificaciones otorgadas, aplicando valores de cuota base. Condición esencial La veracidad, exactitud e integridad de la información suministrada por

el solicitante en la declaración jurada es condición fundamental y esencial para la celebración del presente, toda vez que dicha información deviene indispensable para el otorgamiento del consentimiento de OSAM a fin de perfeccionar el presente, con más la autorización de la S.S.Salud, que en cada caso se requiera sobre el valor de cuota diferencial por cada enfermedad preexistente, que afecte al titular y/o grupo familiar. En consecuencia, la inexactitud, falsedad o divergencia con la realidad de la información suministrada por el solicitante en dicha Declaración generará sin más la facultad de resolver el vínculo de conformidad con el Art. 9 de la ley 26.882 y Art. 9 del decreto 1993/2011, con justa causa. La Declaración Jurada implica autorizar en forma irrevocable a OSAM a solicitar cuanta información estime pertinente a los fines del efectivo control y verificación de los datos allí consignados. A tales efectos, dicha facultad incluye entre otros la renuncia al amparo en el secreto profesional y el relevamiento del mismo a los médicos y/o todo otro prestador de salud que lo/s hubieren tratado con anterioridad y posterioridad a la fecha de la solicitud de ingreso; como así también la conformidad irrevocable para que sean exhibidas a OSAM y/o a los profesionales y/o instituciones a través de las cuales brinda cobertura médico asistencial, sus historias clínicas, antecedentes y toda otra documentación relacionada con la ejecución de las prestaciones a cargo de OSAM. En el supuesto de ser los prestadores los que se negaren a suministrar la información, el solicitante se obliga a requerirla y proveerla a OSAM, bajo apercibimiento de generar causal de resolución contractual. El cumplimiento de tal obligación deberá hacerlo en el plazo máximo de setenta y dos (72) horas de serie requerida.

**Cláusula V: Cobertura:** El porcentaje de cobertura y las prácticas incluidas en la cobertura son las establecidas en la Cartilla de Prestaciones del Plan elegido detallado en la página web de OSAM y que se encontrarán incluidas en el P.M.O. como prestaciones Médicas, Sanatoriales, Bioquímicas y Odontológicas. Las Prestaciones no contempladas en el P.M.O. se encuentran fuera de cobertura, salvo que un plan superador así lo disponga expresamente o sean dispuestas por leyes especiales según las cuales dichas prestaciones se incorporan al P.M.O.

La provisión de prótesis se hará al 100% a cargo de OSAM para aquellas de origen nacional. La prescripción de prótesis por marca o proveedor corre por cuenta del prescriptor y de ninguna manera obliga a OSAM a su provisión que se limita a la de más bajo costo de origen nacional si existiere. En cualquier caso el requisito de provisión es la aprobación de la prótesis por la Administración



Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). En caso de optar el beneficiario por la prótesis u ortesis de mayor costo, la diferencia entre ésta y la de la cobertura obligatoria será a su cargo. La elección de la prótesis u ortesis será potestad de OSAM y la decisión de la misma por parte de Auditoría Médica será inapelable. Toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria en la forma dispuesta por el Art. 2° de la Ley 25649:

La provisión de insumos importados como válvulas cardíacas, endoprótesis e insumos que fueren instalados a futuro como elementos de avance técnico, se realizará según presupuestos elaborados para OSAM y elegidos por ésta, independientemente de la marca o proveedor indicado o sugerido por el prestador. Suturas mecánicas se reconoce el 50% en planes JOSM350, JOSM450, OSM400 y OSM500 y en los otros planes el 40%. Punta shaver 1/3 por cirugía. No se reconoce en ningún plan prótesis importadas, bisturí armónico, ligasure, pinzas especiales, navegador ultrasónico, doppler intraoperatorio, injerto de banco de hueso o de ligamento, endobotton, tornillos biodegradables, adcon gel o similares.

Cobertura para planes locales: Para los planes de cobertura local (Pergamino y aquellas ciudades donde OSAM tiene establecida una Delegación), pero que no exista prestador o especialista en la misma, OSAM se encuentra facultado de realizar la derivación a un prestador o centro especializado que crea conveniente de acuerdo a la complejidad de la práctica a realizar o la disponibilidad.

En caso de elegir el asociado un profesional o tratamiento que se pretenda fuera de la cartilla de prestadores de su plan, la modalidad será bajo el sistema de reintegro por los valores que habitualmente se abonan a aquellos que están bajo convenio por similar tratamiento

**Ciáusula VI: de las afecciones preexistentes y de la omisión de su declaración al ingreso como asociado:** Se considerará patología preexistente a toda malformación, lesión o enfermedad que ya existiera en el momento del ingreso de un asociado, sea del titular o del integrante del grupo familiar, denunciada o no en la Declaración Jurada de Antecedentes de Salud, provenga o no el asociado de otro sistema de prestaciones médico asistenciales.

OSAM no acepta responsabilidad y/o compromiso de atención de prestaciones o indicaciones diagnósticas o terapéuticas relacionadas directa o

indirectamente con una patología preexistente no correctamente denunciada, al momento de completar la Solicitud de inscripción y Declaración Jurada de Antecedentes de Salud.

Para postularse como asociado ingresando en alguno de los planes de cobertura asistencial o para contratar los servicios médico-asistenciales, los interesados deberán presentar una Declaración Jurada de Antecedentes de salud en la que manifiesten qué tipo de afecciones padecen en las condiciones que establece el Artículo 10 de la Ley 26.682 y sus decretos reglamentarios N° 1993/2011 y N° 66/2019. En caso de que el aspirante declare alguna patología preexistente, la Mutual, solicitará para su admisión a la autoridad de aplicación, la autorización de valores diferenciales justificados por su Auditoría Médica y la determinación del carácter temporario, crónico o de alto costo de la enfermedad preexistente, tanto para asociados voluntarios como obligatorios. La Mutual notificará al postulante el contenido de la nota elevada a la autoridad de aplicación. En caso que el postulante aceptara abonar el valor diferencial por el término cuya autorización se pidiera a la Autoridad de Aplicación, será incorporado como asociado, desistiendo del trámite ante la autoridad de aplicación; excepto en el caso de las patologías crónicas en que deberá aguardarse por el valor diferencial que fije la Autoridad de Aplicación a tal efecto. La declaración de salud presentada tendrá una vigencia de 60 días desde la fecha de realización. En caso de no recibirse respuesta de la S.S.S. en ese plazo, los aspirantes deberán reiniciar el trámite en forma completa.

En aquellos casos donde el asociado hubiere omitido o falsado la Declaración Jurada de Salud incluida en la solicitud de ingreso, la Mutual según resolución de su Consejo Directivo podrá proceder a la exclusión como asociado en el caso de voluntarios, según los alcances de la Ley 26.682 y del Art. 180 del Código Civil y Comercial de la Nación. Para el caso de asociados obligatorios, donde la mutual presta servicios Obras Sociales de la Ley 23.660 y 23.661, en su carácter de prestador, el Consejo Directivo podrá aplicar una sanción que representa la pérdida de los derechos del asociado a permanecer en cualquiera de los planes superadores vigentes de la Mutual, correspondiendo, posteriormente a su comunicación, su paso al plan de exclusiva cobertura P.M.O., en un único prestador polivalente que determine la Mutual especialmente, para el supuesto en que la Obra Social no le correspondiere su obligación de cobertura.

Frete a cualquier eventualidad se dará intervención a la Superintendencia de



Servicios de Salud, de conformidad con lo establecido en los Arts. 10 y 12 de la Ley 26.682 y sus Decretos y Resoluciones reglamentarias. De tomar intervención la Superintendencia de Servicios de Salud, así como cualquier otro organismo, y hasta tanto se resuelva la causa que da lugar a dicha intervención, se dará curso al ingreso precario aplicando valores de cuota base (Res. 419/2012 S.SS.alud) respecto del plan escogido, y ciñéndose la cobertura exclusivamente a lo dispuesto por el Programa Médico Obligatorio (P.M.O.).

En caso de comprobarse ocultamiento de información sobre patologías preexistentes, OSAM se reserva la facultad de ejercer el derecho de resolver con justa causa el contrato celebrado acreditando la falta de buena fe del usuario en los términos del Art. 961 del Código Civil y Comercial de la Nación conforme lo autoriza el Art. 4° inc.) 2 apartado b) del Decreto. 66/2019 reglamentario de la Ley 26.682.

Quien suscriba la Solicitud de Ingreso y la Declaración Jurada de Ingreso declara bajo juramento que la información suministrada es auténtica y tomará conocimiento de que cualquier falsedad, ocultamiento, omisión, inexactitud en la misma, deliberada o no dará derecho a OSAM a resolver con justa causa el contrato celebrado acreditando la falta de buena fe del usuario en los términos del Art. 961 del Código Civil y Comercial de la Nación conforme lo autoriza el art. 4° inc.) 2 apartado b) del Decreto 66/2019 reglamentario de la Ley 26.682. La Declaración Jurada de Antecedentes de Salud deberá ser firmada por el beneficiario titular con aclaración de firma, tipo y número de documento.

**Cláusula VII: Domicilio:** En su solicitud de inscripción el beneficiario deberá constituir domicilio a los efectos del presente convenio y comunicar de inmediato a OSAM cualquier cambio del mismo y/o número telefónico y/o correo electrónico que se tomará como domicilio físico / electrónico válido para todas las comunicaciones y notificaciones que efectúe OSAM. Entonces se considerará válida cualquier comunicación cursada a dichos domicilios constituidos en la solicitud o al último fehacientemente comunicado en su caso.

**Cláusula VIII: Credencial:** La credencial otorgada por OSAM es el único instrumento que acredita el carácter de asociado. La misma será entregada a éste una vez abonada la primera cuota de su Plan vigente. Deberá ser exhibida, junto con el DNI. La credencial es de carácter personal e intransferible y su adulteración y/o uso indebido por terceros o por Asociados sin derecho a prestaciones, está penado por ley ya que constituye defraudación al sistema. El extravío o robo de la credencial deberá ser notificado por escrito a OSAM por el

titular dentro de las 48 horas de ocurrido el hecho adjuntando copia de la denuncia correspondiente caso contrario se hará responsable de las consecuencias de tal omisión y OSAM podrá cobrar el valor de reposición del plástico al asociado.

**Cláusula IX: Cuotas:** El total de la factura mensual y/o notas de débito emitidas, que correspondan de acuerdo con el grupo familiar y el plan vigente, deberán ser abonadas a través de los medios de pago habilitados que se encuentran publicados oficialmente en la página web de OSAM teniendo como fecha de vencimiento el día 10 de cada mes. El pago fuera del plazo establecido generará recargos, aplicándose la tasa de interés equivalente a una vez y media la tasa activa que para sus operaciones de descuento a treinta (30) días aplica el Banco de la Nación Argentina. El monto de las cuotas por grupo familiar y plan será ajustado por OSAM en función de la evolución de la edad del o los asociados pertenecientes al grupo familiar, según corresponda a los distintos montos de cuotas para cada tramo de edad publicados y actualizados en el Reglamento de Servicios. Los ajustes de cuotas se realizarán el día primero del mes que corresponda. Siendo OSAM un sistema de cobertura asociativo prepago, será requisito indispensable, para poder hacer uso de los servicios, tener abonada la cuota correspondiente al mes en curso, independientemente de su fecha de vencimiento. Los valores de las cuotas de asociación, la del plan que corresponda y de los coseguros, podrán ser reajustados por OSAM de acuerdo a la autorización de la autoridad de aplicación. El valor de los coseguros estará publicado en el Reglamento de Servicios.

**Cláusula X: Mora:** La mora en el pago se producirá automáticamente por la falta de pago en la fecha de vencimiento establecido en la factura mensual sin necesidad de intimación ni requerimiento alguno. A partir de dicha fecha, OSAM podrá aplicar un interés compensatorio y punitivo equivalente a una vez y media la tasa activa que para sus operaciones de descuento a treinta (30) días aplica el Banco de la Nación Argentina, con más los gastos administrativos que se generen por la gestión de rehabilitación.

De persistir la falta de pago por tres (3) cuotas íntegras y consecutivas, OSAM constituirá en mora al socio intimándolo por medio fehaciente a regularizar el pago íntegro de lo adeudado en un plazo de diez (10) días hábiles, vencidos los cuales, se procederá a resolver el contrato con la finalidad de impedir el devengamiento de nuevos períodos de facturación.

La pérdida de la calidad de beneficiario según lo establecido en el punto



precedente no libera al mismo de sus obligaciones de pago de las cuotas adeudadas, intereses, recargos, actualizaciones y costas extrajudiciales o judiciales que correspondan. Si hubiera utilizado los servicios, OSAM podrá reclamar el costo de las prestaciones indebidamente obtenidas.

La falta de pago de dos (2) cuotas alternada o consecutivas, implicará la pérdida de los beneficios otorgados en el marco del plan superador, reconduciéndose la cobertura al (P.M.O.), sin perjuicio de la aplicación de los intereses definidos en el primer párrafo de la presente cláusula,

Aquellos asociados a obras sociales que desregulen con OSAM les será aplicado el presente contrato en su integridad y podrán ser dados de baja en la medida en que no abonen la diferencia del valor de la cuota según el Plan elegido por esta prestadora. La mora a tales efectos será de pleno derecho y se les podrá reclamar el importe de la diferencia del valor de la cuota que han pactado más allá del aporte social ya sea por vía extrajudicial como judicial.

En caso de no recibir aportes por parte de las empresas empleadoras de los asociados desregulados, OSAM está facultado a cobrar el valor completo del Plan elegido al titular asociado durante los períodos que no ingresen aportes

**Cláusula XI: Créditos a Favor de OSAM:** Las partes pactan expresamente que todo crédito originado a favor de OSAM faculta a su cobro judicial estableciéndose la vía ejecutiva, a cuyo fin el asociado reconoce al presente contrato como título ejecutivo en los términos del Código Procesal de la Provincia de Buenos Aires y la calidad de deuda líquida y exigible a todo importe adeudado a OSAM.

**Cláusula XII: Reincorporación:** En caso que el asociado, cuyo contrato haya sido resuelto de conformidad con lo manifestado precedentemente, pretenda reincorporarse a OSAM deberá, cumplir con las condiciones vigentes para los nuevos solicitantes. A tal fin deberá presentar la documentación correspondiente. OSAM se reserva la facultad de rechazar el pedido de reincorporación del socio aún cuando cancele la totalidad de la deuda. En caso que OSAM acepte la reincorporación del mismo, este deberá abonar la totalidad de los importes adeudados, sus intereses y gastos administrativos correspondientes.

**Cláusula XIII: Solicitud de Baja, Rescisión por Parte del Socio:** La baja sólo podrá ser solicitada por el titular de la cuenta.

Los titulares de la cuenta pueden rescindir en cualquier momento el contrato celebrado, sin limitación y sin penalidad alguna, debiendo notificar fehacientemente esta decisión a OSAM con treinta (30) días de anticipación. Sin perjuicio de ello y a efectos de evitar el ejercicio abusivo de este derecho, el mismo podrá ser ejercido solamente una vez por año.

La solicitud de baja deberá ser presentada por escrito, completando el formulario correspondiente. Dicha baja se computará al último día del mes en que se solicite, siempre que sea tramitada hasta el día diez (10) o hábil posterior al mes en curso. Hasta tanto no se cumpla con los mencionados requisitos, el socio se encuentra obligado al pago de las cuotas correspondientes con más sus intereses.

Si existieren deudas con OSAM y/u otros prestadores, la rescisión del titular no extinguirá dichas obligaciones, quedando reservado el derecho de exigir judicialmente su pago conforme lo establecido en la cláusula XI.

Si uno o más miembros del grupo quisieren continuar su asociación a OSAM, deberán concurrir a nuestras oficinas dentro de los treinta (30) días de la solicitud de baja, para conformar un nuevo grupo familiar. En caso de querer mantener la continuidad de la asociación deberán abonar las cuotas desde el momento de producida la baja.

**Cláusula XIV: Resolución del Contrato por Parte de OSAM:** OSAM puede resolver el contrato con el socio cuando incurra, como mínimo, en la falta de pago de tres (3) cuotas consecutivas íntegras, conforme lo establecido por el Art. 9 de la Ley 26.682 y sus Decretos reglamentarios, siguiendo el procedimiento establecido en la cláusula X.

OSAM puede resolver el contrato con el socio con justa causa por falsedad u omisión de la declaración jurada en los términos del Art. 9 de la Ley 26.682 y el Decreto 1993/2011 PODER EJECUTIVO NACIONAL.

En todos los casos y como requisito indispensable, el socio deberá reintegrar sus credenciales y las de todo su grupo familiar, responsabilizándose civil y penalmente por el uso indebido de las mismas.

Además de las causas enumeradas precedentemente, configuran causales de resolución contractual: Utilizar la credencial para solicitar prestaciones médicas o beneficios de cualquier tipo destinados a terceros no socios como así también cuando se la utilice para obtener prestaciones para el socio u otros asociados



que tuvieran suspendidos los servicios o hubieran sido dados de baja; Permitir, de cualquier modo, a terceros y a socios, la utilización de la credencial de OSAM; Solicitar reintegros por prestaciones, gastos u honorarios con comprobantes falsos o adulterados o correspondientes a terceros, aunque las constancias sean auténticas. Se entiende por tercero toda persona no asociada a OSAM, ex asociados que hayan renunciado o que hayan sido dados de baja por cualquier causa. En forma general, desarrollar cualquier conducta que configure un perjuicio económico indebido para la entidad y su masa de asociados.

**Cláusula XV: Limitaciones a la Cobertura:** Acceso Progresivo: Se define como acceso progresivo al período entre el ingreso del asociado al plan y el momento en que puede comenzar a utilizar los beneficios de todas aquellas prestaciones que son superadoras y complementarias del (P.M.O.) vigente, detallados en el anexo correspondiente a cada plan y la utilización de la totalidad de los prestadores contratados. Durante ese lapso, se podrán utilizar todos los prestadores exclusivos para la atención de prestaciones del Programa Médico Obligatorio (P.M.O.), identificados en cada Cartilla. Los periodos de acceso progresivo podrán ser como máximo de doce (12) meses corridos desde el inicio de la relación contractual. Cuando por modificación de lo normado en el P.M.O. vigente, la prestación médica carente complementaria o suplementaria ingresare a un nuevo P.M.O. aprobado y publicado por la autoridad sanitaria, dicho período de acceso progresivo quedará automáticamente anulado.

**Planes con reintegros:** Los periodos de acceso progresivo para acceder a prácticas por reintegro se aplican también a los cambios a planes de mayor beneficio, no sólo en tiempo de espera sino también en la normativa específica de la práctica a reintegrar y al monto a reintegrar (ej. Ortopedia, se otorga el reintegro en tres etapas del tratamiento, si se otorgó un reintegro por el inicio del tratamiento, en un plan de inferior cobertura, pierde el derecho a solicitar la diferencia del monto de reintegro por la etapa ya otorgada)

**Cláusula XVI: Accidentes-Subrogación de Derechos:** En caso de accidentes o atenciones de urgencia o cualquier otro daño proveniente de terceros, que hubieran sido atendidos en la emergencia con costo a OSAM el asociado que haya sufrido el accidente deberá proporcionar a OSAM, todos los elementos que permitan accionar con el y/o los causantes del mismo, autorizando por medio del presente a OSAM, a reclamar para sí los reintegros o gastos ocasionados, comprometiéndose a no cobrar por ningún concepto las

erogaciones efectuadas a OSAM y si cobrare los gastos prestacionales efectuados por OSAM se compromete a reintegrárselos. Igual criterio corresponderá aplicar en caso que el Asociado de OSAM, fuera adherente a cualquier otro sistema de atención de la salud y optase por atenderse a través de OSAM.

**Cláusula XVII: Deber de Información:** OSAM podrá requerir de los asociados; sus derechos habientes y de los profesionales de estos últimos, dentro de los límites legales, los informes y elementos que considere conveniente para aclarar causas, consecuencias y medios empleados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y/o accidentes. La negatividad total o parcial a suministrar información, la falsedad en la declaración, las simulaciones o fraude y el uso indebido de los servicios, tanto por el titular cuanto por los integrantes del grupo familiar, dará lugar a las sanciones que pudieran corresponder sin perjuicio del Derecho de OSAM de resolver el convenio. Los Asociados deberán observar las normas y reglamentos que dispongan los consultorios, sanatorios, laboratorios y establecimientos asistenciales a los que ocurran, y respetar los días y horas fijadas para su atención debiendo comunicar con antelación suficiente la cancelación de las citas previamente concertadas cuando mediare imposibilidad de cumplimiento.

**Cláusula XVIII: Listado de Prestadores:** OSAM se reserva el derecho sin necesidad de comunicación alguna, de excluir de su listado de prestadores a profesionales o instituciones por razones de ordenamiento interno. En uso de tal facultad, OSAM deberá hacer conocer tales exclusiones en lugar visibles en su propia sede departamental. En ningún caso se podrá afectar la continuidad de los tratamientos.

**Cláusula XIX: Responsabilidad de los Prestadores:** La responsabilidad de los prestadores ante los asociados o sus derechos habientes, estará a cargo exclusivo de los profesionales, establecimientos e instituciones, sin derecho a acción alguna contra OSAM, renunciando expresamente a reclamación alguna contra OSAM, ya que admite expresamente la exclusión de toda responsabilidad de OSAM por todo tipo de prestación brindada a través del prestador elegido por el asociado o su grupo familiar.

**Cláusula XX: Categoría de Internación:** La categoría o nivel de hotelería de la internación reconocida será la pactada en el plan correspondiente.

**Cláusula XXI: Cambio de Planes:** El asociado podrá solicitar su inclusión en





planes de mayores o menores beneficios, reservándose OSAM el derecho de aceptar o rechazar la modificación solicitada, en función de la disponibilidad/capacidad/suficiencia del listado de prestadores del plan referido a fin de asegurar la calidad del servicio médico asistencial brindado. La modificación en caso de ser aceptada, tendrá vigencia desde la fecha que determine OSAM. En caso de que el asociado optara por otro de los planes superiores al actual, con prestaciones superadoras o complementarias del P.M.O., deberá cumplir los tiempos de acceso progresivo a las prestaciones del nuevo plan. Se deja expresamente establecido que no se podrá cambiar de plan previo a partos o cirugías programadas. En el caso de optar por planes con menor cobertura, quedara sujeto a autorización de Auditoría Médica. Sólo se aceptarán cambios a los planes habilitados a tal efecto.

**Cláusula XXII: Aumentos por Edad:** OSAM ha adoptado para los planes que comercializa la modalidad de ajuste por riesgo según franjas etáreas tal como define el Art. 17 de la Ley 26.682, Dec. 1993/11 y la Resolución 419/2012 de la S.S.Salud. En función de ello, el esquema de cuotas que se ofrece consta de distintos segmentos etéreos. A saber:

Se establece que el importe de la cuota mensual será incrementado en virtud de la lista de precios vigente a la fecha de ingreso y conforme las siguientes franjas etáreas preestablecidas, las cuales rigen tanto para el asociado titular como para los integrantes del grupo familiar a su cargo:

Rango Etario	Asociado Matrimonio	Rango Etario	Asociado Matrimonio
1	Individual (0 a 25)	1	Matrimonio (0 a 25)
2	Individual (26 a 30)	2	Matrimonio (26 a 30)
3	Individual (31 a 35)	3	Matrimonio (31 a 35)
4	Individual (36 a 40)	4	Matrimonio (36 a 40)
5	Individual (41 a 45)	5	Matrimonio (41 a 45)
6	Individual (46 a 50)	6	Matrimonio (46 a 50)
7	Individual (51 a 55)	7	Matrimonio (51 a 55)
8	Individual (56 a 60)	8	Matrimonio (56 a 60)
9	Individual (61 en adelante)	9	Matrimonio (61 en adelante)

Rango Etario	Grupo Familiar
1	1er H (< a 21)
2	2do H (< a 21)
3	3er H (< a 21)
4	4to H en adelante (< a 21)
5	Hijo Adicional (21 a 25)
6	Hijo Adicional (26 a 29)
7	Hijo Adicional (30 a 39)
8	Hijo Adicional (40 a 49)
9	Familiar a Cargo

La relación de precio entre la primer franja etaria y la última no presenta una variación de más de tres (3) veces, siendo que la primera franja será la menos onerosa y la última la más onerosa conforme lo establecido en el art. 17 del Decreto 1993/2011.

Asimismo, el importe de la cuota mensual será incrementado por OSAM conforme los aumentos expresamente autorizados por la S.S.Salud en su carácter de autoridad de aplicación, los cuales serán debidamente informados conforme el Artículo 5°, inciso g) del Decreto N° 1993/2011.

**Cláusula XXIII: Procedimientos para la Utilización de Servicios:** Los asociados y/o quienes se encuadren en los Servicios previstos en el Art. 1 Ley 26.682 y sus decretos reglamentarios y/o modificatorios, los contratantes del servicio médico-asistencial, que requieran cualquiera de las prestaciones contempladas dentro del plan en que revistan, deberán hacerlo a través de profesionales e instituciones contratadas por la Mutual, que ellos elijan y/o los comprendidos en las entidades que los nuclean, cuyo detalle se encuentra publicado y a disposición de los asociados en la cartilla, disponible en su portal Web. La misma incluye información sujeta a modificaciones. La publicación de un profesional o institución no determina que todos los servicios y/o prestaciones que brindan los mismos estén cubiertos por OSAM. De acuerdo al tipo de plan o prestación a utilizar deberán contar con autorización previa o no por parte de OSAM.

**Cláusula XXIV: Coseguros:** Salvo específico detalle en contrario en la Cartilla de



prestaciones del correspondiente plan, la emisión de toda orden de prestación requiere el pago de un porcentaje o de bonos moderadores de valor fijo (BVF). Se denomina a esto Co-seguro y contra su pago se emitirán las ordenes respectivas. Los coseguros o diferencias podrán ser facturados por OSAM dentro de la cuota correspondiente o en NOTA de Débito aparte, debiendo abonar el asociado los mismos de acuerdo a su fecha de vencimiento.

Siendo OSAM un sistema de cobertura por pre-pago será requisito indispensable, para poder hacer uso de los servicios, tener abonados los co-seguros correspondientes a prestaciones anteriores, independientemente de su fecha de vencimiento. Todo crédito del sistema para con el asociado o cualquier reintegro será realizado previo descuento de los co-seguros adeudados al sistema. En los casos de solicitudes de cobertura fuera del ámbito de esta ciudad, de Pergamino el asociado se atenderá a las normas de co-seguros y emisión de prestación de la filial que OSAM disponga. Los valores de los coseguros de OSAM son los que establece la autoridad de aplicación conforme la legislación vigente. Asimismo OSAM se reserva el derecho de establecer coseguros en aquellas prácticas superadoras del P.M.O.

**Cláusula XXV: Reintegros:** OSAM cuenta con planes que prevén reintegros y otros que no lo tienen. Todos los reintegros que se realicen, cualquiera fuera la causal de su aceptación, serán los valores de los módulos de OSAM, o sea los que OSAM hubiera abonado en el caso que se utilizara un sistema habitual de prestaciones a través de ordenes médicas o el sistema que en el futuro lo reemplace, en todos los casos con menos el co-seguro que hubiera correspondido. En todos los casos, a los montos correspondientes de un reintegro, previo a hacerse efectivos se le descontarán las deudas que mantuviera el asociado con OSAM. Los reintegros estarán sujetos adicionalmente que se cumplan las normas de carencia de prestaciones y periodos de espera, así como las que rigen para las enfermedades preexistentes. Los reintegros sobre medicamentos están basados en todos los casos en el costo del específico similar de menor costo y con tope máximo mensual de consumo en base a las pautas fármaco terapéuticas habituales. No se aceptaran solicitudes de reintegro que no cumplimenten la prestación de los de los comprobantes de ley de los gastos en que se incurrió así como la documentación médica correspondiente que permita la auditoría profesional y administrativa de cada caso. Los reintegros deberán ser solicitados dentro de los 90 días de realizada la respectiva prestación.

**Cláusula XXVI: Prestaciones no Cubiertas:** OSAM incluye en sus planes de cobertura médico asistencial, las prestaciones incorporadas en el (P.M.O.) vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación (Res. 201/2002) y el Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad prevista en la Ley 24.901 y sus modificaciones. Actualmente (P.M.O.) es complementado por diversas leyes especiales, las que se encuentran detalladas en la cartilla prestacional correspondiente a cada plan, por lo que el listado de exclusiones que se incorporan a continuación tiene vigencia en tanto el P.M.O. o las citadas leyes especiales no dispongan lo contrario. Todas las prácticas no incluidas en el (P.M.O.) vigente según Resoluciones del Ministerio de Salud están excluidas del presente convenio, salvo que un plan superador disponga lo contrario.

Adicionalmente, se encuentran excluidas de la cobertura que OSAM brinda a sus asociados: accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, accidentes in itinere y todos los casos imputables al asociado, tales como lesiones en riña o contravenciones o delitos tipificados por ley, imputables al asociado. Internaciones en establecimientos geriátricos, internaciones para cura de reposo, para tratamientos de adelgazamiento o rejuvenecimiento. Dentro de cualquier internación autorizada, quedan excluidos: Cosmetología y podología; objetos para el confort personal tales como aparatos de radio, televisión entre otros o servicios de peluquería o belleza; alquiler o compra de acondicionadores de aire, humidificadores, vaporizadores, equipos para ejercicios o aparatos similares, grupo electrógeno, computadoras o notebooks, todo requerimiento modulo cama para el acompañante del internado, a excepción de lo establecido en el P.M.O.. Gastos extras dentro o fuera de la internación que no estén específicamente contemplados dentro de su plan. Cualquier servicio y/o suministro recibido con anterioridad a la fecha de entrada en vigencia de la cobertura del titular y/o grupo familiar bajo el plan al que haya adherido, o después de la terminación de la misma, haya incurrido o no la enfermedad o el daño accidental mientras la cobertura estaba en vigencia. Cualquier servicio y/o suministro no prescripto por un médico integrante de la cartilla de prestadores del plan suscripto por el asociado; cualquier tratamiento de un asociado que sea proporcionado por un miembro familiar directo del mismo, aunque éste sea un médico, a menos que el mismo pertenezca al listado de prestadores de OSAM. Cualquier servicio y/o suministro proporcionado en relación con cualquier forma de complemento o incremento alimenticio, a menos que sea necesario para mantener la vida de un asociado que padezca de una enfermedad crítica y exclusivamente mientras el asociado se encontrare internado. Internaciones



para efectuar exámenes complementarios, análisis, estudios y/o tratamientos de clínica o cirugía que a criterio de la Auditoría Médica de OSAM puedan ser efectuados en forma ambulatoria. Tratamientos de enfermedades crónicas (cardiovasculares, neurológicas, etc.), una vez superados los topes regulados por el Programa Médico Obligatorio. Discapacidad: hidroterapia, curas similares, equinoterapia, acompañamiento terapéutico, ejercicios de rehabilitación y/o terapéuticos una vez superados los topes regulados por el Programa Médico Obligatorio. Internación o permanencia en internación de estados terminales y/o irreversibles una vez superados los topes previstos en el Programa Médico Obligatorio. Cualquier servicio o suministro que sea experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, incluyendo, pero no limitado a cualquier tratamiento, procedimiento, equipo, medicamento, uso de medicamento, dispositivo o suministro. Para ser experimental, orientado a la investigación o de naturaleza investigativa, un servicio o suministro deberá cumplir uno o más de los siguientes criterios: -Que tal suministro o servicio no esté de acuerdo con las normas generalmente aceptadas por la práctica médica en la República Argentina y debidamente autorizado por la Autoridad de Aplicación en la materia (ANMAT); - Que tal suministro o servicio no esté incluido en el P.M.O.. Reposición de sangre y plasma. Factores hematológicos. Transfusiones a domicilio. Drogas o medicación no aprobadas por el Ministerio de Salud y/o Autoridad de Aplicación que lo reemplace: medicamentos importados, de venta libre, homeopáticos, cosmetológicos o recetas magistrales, ya sean para uso ambulatorio o en internación. Al corriente de los productos autorizados para producción y/o, comercialización, sólo serán reconocidos los productos para las indicaciones que específicamente estén autorizadas por las citadas autoridades regulatorias nacionales. Cualquier servicio y/o suministro relacionado con reversión de esterilización masculina o femenina; cualquier servicio o suministro proporcionado en relación con el control de la natalidad, salvo lo cubierto específicamente por la ley. Internaciones por afecciones no cubiertas por OSAM. Internaciones posteriores al alta médica. Tratamientos u operaciones en etapa experimental no reconocidos por organismos o instituciones oficiales de la República Argentina.. Cualquier servicio y/o suministro que no estuviere específicamente declarado como beneficio bajo el presente reglamento y no incluido en el Programa Médico Obligatorio vigente. Material descartable de uso ambulatorio. Tratamiento e internaciones causadas directa o indirectamente por la práctica de deportes de alto riesgo, tales como lesiones derivadas por la participación del asociado como conductor o acompañante en carrera de

automóviles, motocicletas, motonáutica, aviación, paracaidismo, aladeflismo, buceo, caza submarina, esquí, etc., como así también las causadas por la práctica de actividades deportivas con carácter profesional o federado.

Las prestaciones incorporadas luego de la fecha de ingreso del asociado a OSAM por imperio de la Resolución 247/96 M.S.A.S. y sus modificatorias y/o ampliatorias, aplicables a las empresas de Medicina Prepaga por la Ley 24.754, serán brindadas a los asociados exclusivamente en los prestadores indicados por OSAM para cada plan para las nuevas coberturas incorporadas al P.M.O., en los casos que así corresponda. Algunas de estas prestaciones serán cubiertas siempre que las mismas hubieran sido contratadas oportunamente en un plan que la contemplara.

**Cláusula XXVII: Otras Exclusiones. Topes de Consumos. Nuevas Prestaciones:** OSAM podrá excluir expresamente otras prestaciones que a su juicio se encuadren en los caracteres de las prescriptas en el párrafo anterior. OSAM se reserva el derecho de disponer topes de cobertura en función de las normas médicas, quirúrgicas y farmacoterapias vigentes en función del plan contratado. La incorporación de nuevos rubros prestacionales se harán en carácter de prestaciones adicionales, transitorias, fuera convenio.

**Cláusula XXVIII: Reglas Interpretativas:** Para la interpretación de la terminología empleada en el presente reglamento y de los alcances de la cobertura, se estará supletoriamente a las disposiciones del P.M.O. Las prestaciones que no se indican en las cartillas de los distintos planes están expresamente excluidas de la cobertura. Previa lectura del asociado declara conocer el presente reglamento, el que se compromete a observar en todas sus partes y se responsabiliza por sí mismo, por su grupo familiar y adherentes a cargo por el uso indebido de los servicios.

**Cláusula XXIX: Ámbito Geográfico:** Los beneficios que otorga el presente convenio rigen en todo el ámbito territorial del país a través de la cartilla de prestadores de OSAM y conforme al plan pactado.

**Cláusula XXX: Competencia:** Para toda cuestión que pudiera surgir relativa al cumplimiento o interpretación del presente convenio, ambas partes se someten a la jurisdicción de los Tribunales Ordinarios del Departamento Judicial de la Ciudad de Pergamino, renunciando a otro fuero o jurisdicción que pudiera corresponder.



Las partes constituyen domicilios, OSAM en Av. De Mayo 1051 y el asociado en.....

....., donde serán hechas en persona las notificaciones a realizarse.

**Cláusula XXXI: Vigencia:** El presente contrato será por tiempo indeterminado.

**Cláusula XXXII: Contratos Preexistentes:** La firma del presente anula la vigencia y todos los efectos de los contratos preexistentes entre las partes, siendo único y vigente. En la ciudad de Pergamino el asociado suscribe el presente contrato, previa lectura y ratificación de su contenido, comprometiéndose a aceptarlo y respetarlo con los alcances establecidos en sus cláusulas. Asimismo manifiesta que se responsabiliza por sí y por el grupo familiar que a través suyo adhiere al sistema, dejando constancia que recibe por separado la documentación integral y pertinente que incluye la Cartilla de Prestaciones y folletos ampliatorios. En virtud de ello se suscriben dos ejemplares de igual tenor, uno para el asociado y uno para OSAM.

 **Pergamino**

Dirección: Avenida de Mayo 1051.

Teléfono: (2477) 437237

Horario de Atención: Lunes a Viernes: 8 a 15:30 horas.

 **Arrecifes**

Dirección: Ricardo Gutiérrez 464.

Teléfono: (2478) 454410

Horarios de Atención: Lunes a Viernes: 8 a 14 horas.

 **Capitán Sarmiento**

Dirección: Avenida 29 de Junio 1007

Teléfono: (2478) 483168

Horarios de Atención: Lunes a Viernes: 8 a 14 horas.

 **Colón**

Dirección: Calle 21 643

Teléfono: (2473) 422070

Horarios de Atención: Lunes a Viernes: 8 a 14 horas.

 **Salto**

Dirección: Bolívar 25

Teléfono: (2474) 15670501

Horarios de Atención: Lunes a Viernes: 8 a 14 horas.

 **San Antonio de Areco**

Dirección: Lavalle 391

Teléfono: (2326) 456777

Horarios de Atención: Lunes a Viernes: 8 a 14 horas.

 **Rojas**

Dirección: Melián 549

Teléfono: (2475) 466606

Horarios de Atención: Lunes a Viernes: 8 a 14 horas.

