

ANEXO INFORMACIÓN N° 05/18 - SU

FEBRERO 2018



OBRA SOCIAL: ASOCIACION MUTUAL SANCOR SALUD

Nombre Completo: **Obra Social del Personal asociado a Asociación Mutual SANCOR Salud**

N° de CUIT: 30-70956624-1 - Cód. de O.S. 10947

Dirección: Sarmiento 801

DESCUENTO:	O.S.	Afiliado	DE LA PRESCRIPCIÓN:
S5000 (**)	60%	40%	Cantidad Máxima de:
S4000(**) S4065 S3500 S3000 S2500 S2000 S1000 S500	40%	60%	PRODUCTOS DISTINTOS POR RECETA: 2 (dos) de distinto principio activo.
S4000 S4065 S3500 S3000 S2500 S2000 S1000	50%	50%	UNIDADES POR RENGLÓN: hasta dos (2) envases chicos o 1 (uno) grande en uno solo de los renglones.
S4000 S4065 S3500 S3000 S2500 S2000 S1000	60%	40%	UNIDADES POR TAMAÑO:
Plan C (con vademecum)	40%	60%	Hasta dos chicos o uno grande por receta.
PMI S5000	100%	---	Antibióticos inyectables:
PMI S4000 S3500 S3000 S2500 S2000 S1000 S500	100%	----	Monodosis: cinco (05)
PMI Plan C (con vademecum)	100%	----	Multidosis: dos (02)
Crónicos	70%	30%	RECONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS:
Internación	100%	-----	Plan S: Reconoce todos los medicamentos, prescritos por nombre genérico, de venta bajo receta, que se encuentren incluidos en el Manual Farmacéutico, excepto las clasificaciones que se detallan en el Anexo I.
OSCONARA S1000/S2500/S4000	40%	60%	Plan C: Reconoce únicamente los productos incluidos en el Vademecum específico del Plan.
FRUTOS DEL PAIS S1000/S3500	50%	50%	Patologías crónicas: se reconocerán los medicamentos que figuran en el listado confeccionado para este plan, realizado en base a la Resolución 310 de la S.S.Salud.
FRUTOS DEL PAIS 5000	60%	40%	PMI: Cobertura 100% en medicamentos con las mismas exclusiones que la cobertura común, para la madre desde el diagnóstico de embarazo hasta 30 días posteriores al parto y para el niño hasta el año de vida.
OSMAD S2500/S3000/S3500	(*)		Leches: hasta 4 kg por receta con autorización previa.
MICA S2500	50%	50%	Vacunas: Tendrán una cobertura del 100% las vacunas incluidas en el calendario, el resto tendrá la cobertura correspondiente a cada Plan.
OSCICA S2500	50%	50%	Material de Contraste: Tendrá una cobertura del 100% en todos los planes
OSDIC 2500/3000	50%	50%	Autorización previa: se podrán dispensar los productos que figuran en el Anexo II, en tanto cuenten con el Formulario N°4 emitido por el Centro de Autorización o Posiciones Regionales y será válido tanto para ambulatorio como para internación.
FOSDIC 2500/3000	50%	50%	
TIPO DE RECETARIO:			
Oficial: NO Otros: Sí (1)			
VALIDEZ DE LA RECETA: 30 días			
TROQUELADO: Sí, con código de barras.			
FECHA DE EXPENDIO: SI			
ACLARACION FIRMA MEDICO Y Nro. DE MATRICULA:			
Con sello: SI Manuscrito: NO (salvo que sea ilegible el sello)			
ACLARACION CANTIDAD DE UNIDADES:			
Letras: si Números: si			
ENMIENDAS SALVADAS:			
Por el Médico: SI (con firma y sello)			
Por el Farmacéutico: SI (con firma y sello)			
Por el Afiliado (enmiendas del Farmacéutico): SI (con firma de conformidad del afiliado)			
DEL RESUMEN:			
Carátula: on line			
Cantidad: Una			
Presentación: Mensual			
Refacturación: 60 días			
COBERTURA DEL SERVICIO: Toda la provincia de Buenos Aires.			

OBSERVACIONES:

(*) OSMAD 2500/3000/3500 Menores de 65 años cobertura 50%
Mayores de 65 años cobertura 40%

() Los Planes S2500, S3000, S3500, S4000, Y S5000: Podrán adquirir los anticonceptivos orales directamente en la Farmacia con la presentación del Pedido Médico, sin necesidad de estar adheridas al Programa de Salud Reproductiva. Cob.100% listado marca comercial según PLAN.**

(1) Son válidos los recetarios de Hospitales, Clínicas, Sanatorios y particulares del médico o Agrupación Médica. Cuando se trate de un afiliado internado, la receta deberá contener la leyenda "Paciente internado"

Para los Planes de CRONICIDAD y SALUD REPRODUCTIVA, los asociados tienen acceso a la web para generar el PM sobre los medicamentos habilitados en su credencial (y sobre los cuales previamente completaron la Planilla de Ingreso firmado por su médico). Ver al pie MODELO DE RECETARIO y Médicos Auditores habilitados.

DEBEN FIGURAR LOS SIGUIENTES DATOS DE PUÑO Y LETRA DEL PROFESIONAL PRESCRIPTOR:

- Nombre y Apellido del paciente.
- N° de afiliado.
- Medicamentos recetados y cantidad de cada uno en números y letra.
- Forma farmacéutica y potencia de cada producto prescripto.
- Diagnóstico
- Firma y sello con número de matrícula del profesional.
- Fecha de prescripción.
- Toda corrección o enmienda deberá ser salvada por el médico con sello y firma.
- No se aceptan enmiendas sobre corrector líquido.

DATOS A COMPLETAR POR LA FARMACIA:

- Adjuntar los **troqueles** del siguiente modo:
 - Incluyendo el código de barras.
 - Si no tiene troquel, colocar código de barra o la sigla S/T con firma de conformidad del afiliado.
- Adjuntar copia de ticket o presupuesto o comprobante de validación donde consten los precios unitarios y totales, importes a cargo de la obra social y del afiliado y fecha de dispensa caso contrario la receta deberá ser valorizada.
- Sello y firma de la farmacia.
- En la receta debe constar firma del afiliado o tercero y aclaración DNI y domicilio.

Anexo I: Exclusiones en Ambulatorio y por acción farmacológica

Abrasivo de limpieza	Energizante psicofísico
----------------------	-------------------------

ANEXO INFORMACIÓN N° 05/18 - SU

Accesorio radiológico	Epitelizante regenerador
Accesorios (se reconocerá únicamente ERNEX ROSA equipo accesorio x 250 ml.	Escresoante
Activador metabólico celular	Espesante instant.p/alimentos
Activador metabólico muscular	Estimulador cutáneo
Adhesivo Hemostático	Estimulante crec.faneras
Agente despertador no anfetam.	Estimulante secrec.salival
Agente inotrópico positivo	Expansor coloidal
Agua destilada	Fármaco antiobesidad no sistém.
Alimento infantil	Factor de difusión tisular
Anabólico	Fibrinolítico
Analgésico Antisép.bucofar.	Filtro solar
Analgésico Refrigerante	Fitoterápico
Analgésico tópico	Fort.leche materna p/prematurados
Anestésico	Hemostático (se reconocerá únicamente KONAKION MM/ KONAKION MM PEDIAT.)
Anestésico Antiinflam.	Hidratante
Anestésico gral.	Hidratante dérmico
Anestésico inhalatorio	Hidratante Nutriente dérmico
Anestésico local	Higiene de la piel
Anestésico tópico	Humectante
Anhidrótico	Humectante vaginal
Anorexígeno	Inductor del parto
Anovulatorio	Inhibidor alcohólico
Antagonista benzodiazepínico	Inhibidor fotoenvejecimiento
Antagonista de narcóticos	Laxante Digestivo
Antagonista Endocannabinoide	Leche p/embarazadas
Antiacneico Antiprurig.	Limpiador p/piel acneica
Antiacneico Antiseborreico	Limpieza capilar
Antialopécico	Lipolítico
Antiarrugas	Lubricante vaginal
Antiarrósico (Ver Anexo IV)	Medio de contraste no iónico
Antibiótico Anestésico bucof.	Medio de diagnóstico
Anticariogénico	Micronutrientes Oligoelementos
Anticaspa	No clasificada
Anticaspa Antiseborreico	Nutrición enteral
Anticelulítico	Nutrición isotónica balanceada
Anticelulítico Reductor	Nutrición p/pacientes diabéticos
Anticonceptivo	Nutrición p/pacientes renales
Antiedematizante corneal	Nutrición parenteral
Antiescaras	Nutriente dérmico
Antifibrinolít.Inhib.proteinasa	Parasimpaticomimético
Antimicótico Anticaspa	Pediculicida
Antimicótico Antiseborreico	Prev.enf.resp.por VSR en niños
Antioxidante	Productos homeopáticos
Antioxidante Fotoprotector	Productos odontológicos
Antipsoriásico Antieccematoso	Protector dérmico
Antiséptico	Protector rayos U.V.
Antiséptico Anestésico	Protector solar
Antiséptico Bactericida	Quelante
Antiséptico bucofaringeo	Queratolítico Queratoplástico
Antiséptico Cicatrizante	Queratolítico/Tópico p/verrugas
Antiséptico ocular	Reconstituyente psicointelec.
Antiséptico vaginal	Reemplazante de líquido sinovial
Antiseborreico	Regenerador capilar
Antistress	Relajante muscular
Antitóxico	Relajante neuromuscular (Se reconocerá únicamente BOTOX, con Aut. Previa)
Antitabáquico	Removedor de cerumen
Apósito biológico	Revitalizador Humectante
Art.p/prep.agua dialítica	Revitalizante Antiasténico
Astringente. (Se reconocerá únicamente BABYSAN polvo x 80 gs.)	Saliva artificial
Autocontrol diabetes/colester	Sedante
Bactericida	Simpaticolítico
Bactericida Antipruriginoso	Simpaticomimético
Bioenergizante	Solución cardiopléjica

ANEXO INFORMACIÓN N° 05/18 - SU

Biosensor de glucosa	Solución p/lavado intestinal
Bloqueante neuromusc.no despol.	Soluciones cloruradas
Coadyuvante coagulación	Soluciones fisiológicas
Coadyuvante en anestesia	Soluciones glucosadas
Colagogo Colerético	Soluciones parenterales
Complemento dietario (Se reconocerán únicamente los ENSURES)	Solvente indoloro
Control Accutrend GC	Suplemento dietario
Control Ascensia Entrust	Suplemento electrolítico
Control colesterol	Suplemento mineral
Control glucosa	Suplemento nutricional
Control Precisión QID	Surfactante pulmonar
Cuidado de heridas	Sustituto lacrimal
Depresor del musc.liso	Tópico para verrugas
Dermatocosméticos	Test de alcoholemia
Dermatológico	Test rápido de diagn.cardíaco
Dermaoclarante	Trat.de la fisura anal
Desensibilizante	Trat.de la obesidad
Desodorante	Trat.dermatitis del pañal
Detección sangre en mat.fecal	Trat.disfunción sexual masc.
Determ.cetonas en sangre	Trat.fragilidad cabellos/uñas
Determ.glucosuria/cetonuria	Tricogenético Antiseborreico
Determinación de glucosuria	Vacuna antiacneica
Diag.de amenorreas	Vasorregulador Antioxidante
Dieta elemental c/glutamina	Trat. Cesación tabáquica
Digitopunzor	Antiartrósico - Antiinflamatorio (ver Anexo IV)
Dispositivos especiales	Disp.intrauterino - preservativo
Emoliente	
Medicamentos de venta libre Medicamentos sin troquel Medicamentos generales y oncológicos en protocolos experimentales Oxígeno Elementos accesorios para el diagnóstico y terapéutica (jeringas y agujas para inyectables, película radiográfica, venda de yeso o similares, aguas minerales, algodón, alcohol, almohadilla eléctrica, artículos de caucho o plástico (bolsa, tubos, cánulas), atomizadores, bragueros, calentapiés, cepillos, callicidas, gasas, faja, frascos, vasijas, fijadores de dentaduras, instrumental de cirugía, solventes, bencina, acetona, termómetros, tinturas, ventosas, telas adhesivas, termos, mamaderas, extractores de leche.	

Anexo II: medicamentos que requieren autorización previa en Ambulatorio por Acción farmacológica

Antídoto organofosforados	Fórmula p/lactantes
Fórmula de continuación	Fórmula p/lactantes s/lactosa
Fórmula de inicio	Fórmula para prematuros
Fórmula hipoalergénica	Hiperglucemiante
Fórmula infantil	Hipoglucemiante
Fórmula p/lactant.antireflujo	Trat.artritis reumat. y enf.Crohn
	Trat.artritis reumatoidea

Requieren además, autorización previa, los medicamentos considerados de uso en internación y utilizados en ambulatorios

Anexo III: Exclusiones en internación por acción farmacológica

Abrasivo de limpieza	Digitopunzor
Accesorio radiológico	Dispositivos especiales
Accesorios	Emoliente
Activador metabólico celular	Energizante psicofísico
Activador metabólico muscular	Epitelizante regenerador
Adhesivo Hemostático	Esclerosante
Agente despertador no anfetam.	Espesante instant.p/alimentos
Agua destilada	Estimulador cutáneo
Alimento infantil	Estimulante crec.faneras
Anabólico	Estimulante secrec.salival
Analgésico Antisép.bucofar.	Expansor coloidal
Analgésico Refrigerante	Fármaco antiobesidad no sistém.
Analgésico tópico	Factor de difusión tisular
Anhidrótico	Fibrinolítico
Anorexígeno	Filtro solar
Anovulatorio	Fitoterápico
Antagonista Endocannabinoide	Fort.leche materna p/prematuros
Antiacneico	Hemostático
Antiacneico Antiprurig.	Hidratante

ANEXO INFORMACIÓN N° 05/18 - SU

Antiacneico Antiseborreico	Hidratante dérmico
Antialopécico	Hidratante Nutriente dérmico
Antiandrógeno	Higiene de la piel
Antiarrugas	Humectante
Antiartrósico (Ver Anexo IV)	Humectante vaginal
Antibiótico Anestésico bucof.	Inductor del parto
Anticariogénico	Inhibidor alcohólico
Anticaspa	Inhibidor fotoenvejecimiento
Anticaspa Antiseborreico	Laxante Digestivo
Anticelulítico	Leche p/embarazadas
Anticelulítico Reductor	Limpiador p/piel acneica
Anticonceptivo	Limpieza capilar
Antiedematizante corneal	Lipolítico
Antiescaras	Lubricante vaginal
Antimicótico Anticaspa	Medio de contraste no iónico
Antimicótico Antiseborreico	Medio de diagnóstico
Antioxidante	Micronutrientes Oligoelementos
Antipsoriásico Antieccematoso	Nutriente dérmico
Antiséptico	Pediculicida
Antiséptico Anestésico	Prev.enf.resp.por VSR en niños
Antiséptico Bactericida	Productos homeopáticos
Antiséptico bucofaringeo	Productos odontológicos
Antiséptico Cicatrizante	Protector dérmico
Antiséptico ocular	Protector rayos U.V.
Antiséptico vaginal	Protector solar
Antiseborreico	Quelante
Antistress	Queratolítico Queratoplástico
Antitóxico	Queratolítico/Tópico p/verrugas
Antitabáquico	Reconstituyente psicointelec.
Antivaricoso	Reemplazante de líquido sinovial
Apósito biológico	Regenerador capilar
Art.p/prep.agua dialítica	Relajante neuromuscular
Astringente	Removedor de cerumen
Autocontrol diabetes/colester	Revitalizador Humectante
Bactericida	Revitalizante Antiasténico
Bactericida Antipruriginoso	Saliva artificial
Bioenergizante	Sedante
Biosensor de glucosa	Simpaticolítico
Colagogo Colerético	Solvente indoloro
Complemento dietario	Suplemento dietario
Control Accutrend GC	Suplemento electrolítico
Control Ascensia Entrust	Suplemento mineral
Control colesterol	Suplemento nutricional
Control glucosa	Sustituto lacrimal
Control Precisión QID	Tópico para verrugas
Cuidado de heridas	Test de alcoholemia
Depresor del musc.liso	Test rápido de diagn.cardíaco
Dermatocsméticos	Trat.de la fisura anal
Dermatológico	Trat.de la obesidad
Dermaoclarante	Trat.dermatitis del pañal
Desensibilizante	Trat.disfunción sexual masc.
Desodorante	Trat.fragilidad cabellos/uñas
Detección sangre en mat.fecal	Tricogenético Antiseborreico
Determ.cetonas en sangre	Vacuna antiacneica
Determ.glucosuria/cetonuria	Vasorregulador Antioxidante
Determinación de glucosuria	Trat. Cesación tabáquica
Diag.de amenorreas	Antiartrósico – Antiinflamatorio (Ver Anexo IV)
Dieta elemental c/glutamina	Disp.intrauterino - preservativo
Medicamentos de venta libre Medicamentos sin troquel Medicamentos generales y oncológicos en protocolos experimentales Oxígeno Elementos accesorios para el diagnóstico y terapéutica (jeringas y agujas para inyectables, película radiográfica, venda de yeso o similares, aguas minerales, algodón, alcohol, almohadilla eléctrica, artículos de caucho o plástico (bolsa, tubos, cánulas), atomizadores, bragueros, calentapiés, cepillos, callicidas, gasas, faja, frascos, vasijas, fijadores de dentaduras, instrumental de cirugía, solventes, bencina, acetona, termómetros, tinturas, ventosas, telas adhesivas, termos, mamaderas, extractores de leche.	

ANEXO INFORMACIÓN N° 05/18 - SU

Anexo IV: Antiartrósicos

ADAXIL 1500mg. sobres x 15	DOLO MECANYL 1500/15 mg. sobres x 30
ADAXIL 1500mg. sobres x 30	LAKDOL sobres x 30
ADAXIL 400mg. iny x 16	LAKDOL sobres x 60
ADAXIL Flex soluc. oral x 300 ml.	GLUCOTRIN ALGESIC env. x 300 ml.
ARTRILASE iny. x 6	BALIARTRIM POTASICO gdo. sobres x 30
ARTRILASE sobres x 15	ETINOX CREMA crema x 60 gr.
ARTRILASE sobres x 30	STRUCTUM 500 mg. cáps. x 30
ASOGLUTAN 1.5 g. sobres x 15	STRUCTUM 500 mg. cáps. x 60
ASOGLUTAN 1.5 g. sobres x 30	ADAXIL PLUS cáps. x 30
ASOGLUTAN 400 mg. iny x 6	ASTRILASE COMPLEX comp. x 30
BALIARTRIN comp. x 60	ASTRILASE COMPLEX sobres x 10
BALIARTRIN Gdo sobres x 10	ASTRILASE COMPLEX sobres x 30
BALIARTRIN Gdo sobres x 20	ASOTREX cáps. x 100
BALIARTRIN Gdo sobres x 30	ASOTREX cáps. x 30
BALIARTRIN 750 750 mg. comp. x 30	ASOTREX cáps. x 60
BALIARTRIN 750 750 mg. comp. x 60	ASOTREX sobres x 15
BELMALEN PLUS sobres x 15	ASOTREX sobres x 30
BELMALEN PLUS sobres x 30	BALIARTRIM DUO comp. x 30
FINDOL sobres x 20	BALIARTRIM DUO comp. x 60
FINDOL sobres x 30	BALIARTRIM DUO sobres x 15
GLUCO ARRUMALON 1500 mg. sobres x 15	BALIARTRIM DUO sobres x 30
GLUCO ARRUMALON 1500 mg. sobres x 30	CARTIFLEX FORTE sobres x 30
GLUCO ARRUMALON 400 mg. amp. x 12	ECOSAMINA FORTE sobres x 15
GLUCO ARRUMALON 400mg. amp. x 16	ECOSAMINA FORTE sobres x 30
GLUCO ARRUMALON 500 mg. comp. x 60	ETINOX sobres x 30
GLUCOSAMINA DENVER FARMA 1500mg. sobres x 30	ETINOX FORTE sobres x 15
MECANYL 1500 mg. sobres x 15	ETINOX FORTE sobres x 30
MECANYL 1500 mg. sobres x 30	FINDOL PLUS sobres x 16
MECANYL 400 mg. iny x 6	FINDOL PLUS sobres x 30
MECANYL K 1500 mg. sobres x 15	GLUCO ARRUMALON DUO cáps. x 30
MECANYL K 1500 mg. sobres x 30	GLUCO ARRUMALON DUO sobres x 30
OSTATAC 1500 mg. sobres x 20	GLUCODUO 1500/1200 sobres x 30
PERTINAR 1500 mg. sobres x 15	GLUCOTRIN FORTE sobres x 30
PERTINAR 1500 mg sobres x 30	GLUCOTRIN FORTE LIQUIDO soluc. oral x 300 ml.
VARTALON COMPLEMENTO 1500 mg. sobres x 15	MECANYL DUO cáps. x 30
VARTALON COMPLEMENTO 1500 mg. sobres x 30	MECANYL DUO cáps. x 60
VARTALON K 1500 mg. sobres x 15	MECANYL DUO sobres x 15
VARTALON K 1500 mg. sobres x 30	MECANYL DUO sobres x 30
BRONAX GL 1500/15 mg. sobres x 15	MECANYL K DUO sobres x 15
BRONAX GL 1500/15 mg. sobres x 30	MECANYL K DUO sobres x 30
DOLO ADAXIL 1500/15 mg. sobres x 15	OSTATAC DUO sobres x 30
DOLO ADAXIL 1500/15 mg. sobres x 30	VARTALON DUO cáps. x 30
DOLO ARTRILASE 1500/15 mg sobres x 14	VARTALON DUO cáps. x 60
DOLO ARTRILASE 1500/15 mg sobres x 30	VARTALON DUO sobres x 15
DOLO ASOTREX 1500/15 mg. sobres x 15	VARTALON DUO sobres x 30
DOLO ASOTREX 1500/15 mg. sobres x 30	VARTALON DUO K sobres x 15
DOLO ASOTREX 1500/15 mg. cáps. x 30	VARTALON DUO K sobres x 30
DOLO ASOTREX 1500/15 mg. cáps. x 60	X RAY cáps. x 30
DOLO BALIARTRIM 1500/15 mg. sobres x 15	ARTRODAR 50 mg. cáps. x 30
DOLO BALIARTRIM 1500/15 mg. sobres 30	ARTRODAR 50 mg. cáps. x 50
DOLO BALIARTRIM 1500/15 mg. cáps. x 30	COMINAR 50 mg. cáps. x 30
DOLO BALIARTRIM 1500/15 mg. cáps. x 30	COMINAR 50 mg. cáps. x 60
DOLO FINDOL sobres eferv. x 10	DIACETABS 50 mg. cáps. x 30
DOLO FINDOL sobres eferv. x 30	DIACETABS 50 mg. cáps. x 60
DOLO FLOGIDEN sobres x 30	NULARTRIN 50 mg. cáps. x 30
DOLO GLUCOARRUMALON sobres x 30	NULARTRIN 50 mg. cáps. x 60
DOLO GLUCOTRIN 1500/15 mg. sobres x 15	ARTRODAR GLUCO cáps. x 60
DOLO GLUCOTRIN 1500/15 mg. sobres x 30	DERRUMAL cáps. x 30
DOLO MECANYL 1500/15 mg. sobres x 15	PIASCLEDINE cáps. x 30

ANEXO INFORMACIÓN N° 05/18 - SU

CREDENCIALES

Plan S5000 - cobertura 60%
Fondo celeste, letras en gris:



Plan S500, S1000, S200, S2500, S3500, S4000, S4065 – cobertura 40%
Fondo celeste grisáceo, letras en azul:



Plan S1000, S2000, S2500, S3500, S4000, S4065 – cobertura 50% ó 60%
Fondo gris, letras en azul:



Credencial dorada – cobertura en credencial
Fondo marrón dorado, letras en azul:

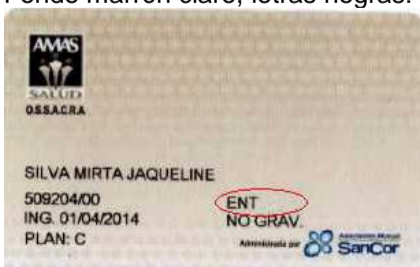


Plan C – cobertura 40% vademécum propio
Fondo gris con logo celeste, letras negras:



No deberán brindar cobertura a los asociados que se presente con la siguiente credencial y que estén comprendidos entre la Entidad 6500 a 6509

Plan C – OSSACRA – cobertura 40% vademécum propio
Fondo marrón claro, letras negras:



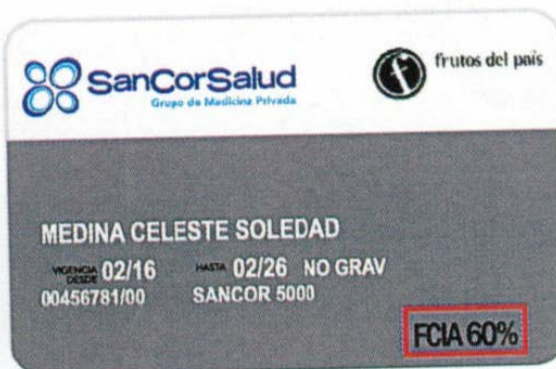
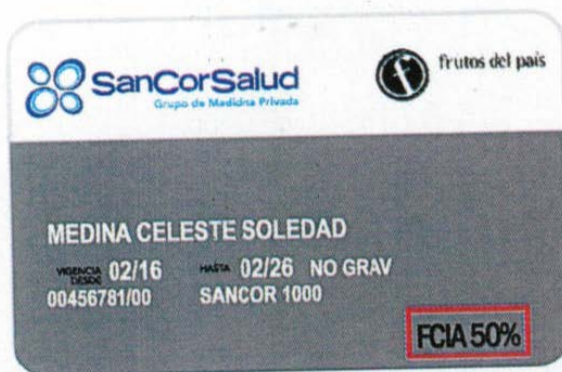
ANEXO INFORMACIÓN N° 05/18 - SU

Plan OSCONARA S1000/S2500/S4000 cobertura 40%

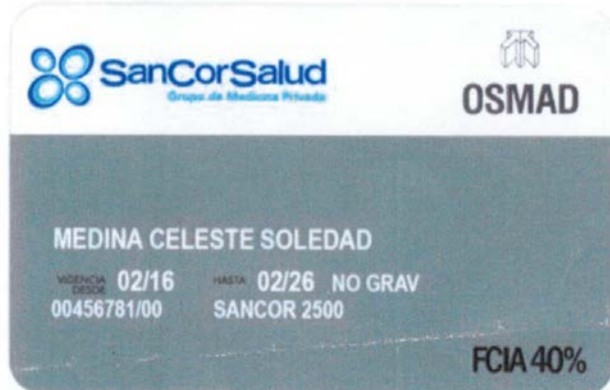


Plan FRUTOS DEL PAIS S1000/S3500 cobertura 50%

Plan FRUTOS DEL PAIS S5000 cobertura 60%



Plan OSMAD S2500 cobertura 40% (Mayores de 65 años)

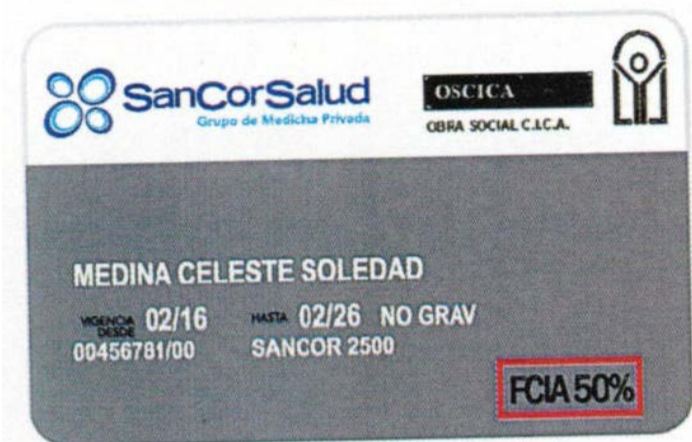


ANEXO INFORMACIÓN N° 05/18 - SU

Plan MICA S2500 cobertura 50%



Plan OSCICA S25000 cobertura 50%



Plan OSDIC 25000/3000 cobertura 50%



Plan FOSDIC 25000/3000 cobertura 50%

