

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA MEDICA EVIT

El presente CONTRATO DE AFILIACIÓN PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA se celebra entre: **Winday Asesores Sociedad de Responsabilidad Limitada**, cédula jurídica 3-102-713907, domiciliada en provincia de Heredia, cantón Barva, distrito San Lucía, Residencial Jardines de Beneficio, casa 39-C; **y el cliente**, que a su vez tiene algún producto activo con MUCAP, en lo sucesivo denominado afiliado titular/nominal, de conformidad con las siguientes declaraciones y cláusulas.

PRIMERO: Objeto del contrato.

Winday Asesores Sociedad de Responsabilidad Limitada, es sociedad dueña de la marca Evit, la cual brinda como objeto del presente contrato, al afiliado y a los beneficiarios, una plataforma de solicitud de servicios de asistencia médica domiciliaria, de atención de emergencia y traslados programados en ambulancia, a través de una red de proveedores capacitados y autorizados legalmente para la prestación del servicio, asegurando así los proveedores, un excelente servicio y proporcionando además las respectivas pólizas de responsabilidad civil y profesional por lo que son directamente responsables por su propia gestión de asistencia médica y traslados.

Este producto no es un seguro, no cubre eventos futuros e inciertos que no dependan de la voluntad del afiliado, o tratamientos médicos; tampoco está regulado por La Superintendencia General de Seguros ni se considera al afiliado de la asistencia como “Asegurado”. No obstante, al afiliado le asiste el derecho y protección que regula la ley de Promoción de la Competencia y Defensa Efectiva del Consumidor No. 7472 y sus reglamentos.

SEGUNDO: Definiciones.

Afiliado Titular: Persona física que adquiere un plan de “Servicios de Asistencia Médica” para su uso personal e individual o familiar.

Afiliado Nominal: Persona física que adquiere un plan de “Servicios de Asistencia Médica” para un tercero, que para efectos del comercializador será la “Cédula de cobro”.

Beneficiario: Persona física a quien el afiliado nominal designo para el uso del plan de “Servicios de Asistencia Médica”. O los familiares del núcleo principal (cónyuge e hijos), asignados por el afiliado titular.

Cliente: Afiliado titular o beneficiario del plan de “Servicios de Asistencia Médica”.

Comercializador: MUCAP es la empresa a cargo de la comercialización de los planes de asistencia médica y recaudación de las cuotas a todos y cada uno de los clientes afiliados titulares y nominales, según la forma de pago acordada.

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA MEDICA EVIT

Operador del Servicio: Empresa responsable de contratar proveedores para brindar los bienes y servicios ofrecidos en los planes de asistencia médica, así como coordinar y atender las solicitudes de los afiliados titulares, afiliados nominales y los beneficiarios.

Reactivación del Plan: Supuesto mediante el cual, una vez vencido el plan de asistencia, el afiliado titular o los beneficiarios, pueden utilizar los servicios, después de realizado el nuevo pago mediante el cual opera la renovación del plan. Para los efectos del comercializador es la renovación de la vigencia.

Red de Proveedores: Personas físicas o jurídicas con las cuales el operador del servicio negocia o conviene la prestación de los bienes y servicios médicos y los servicios de ambulancia o afines, a beneficio de los afiliados titulares y / o beneficiarios de los planes.

Vigencias: Período formal en que rigen los derechos y obligaciones en las condiciones del contrato, a partir de su firma y del cumplimiento del período de formalización.

TERCERO: Requisitos para obtener un “Plan de Asistencia Médica”.

Para obtener un plan, el interesado debe ser mayor de edad, menor de 80 años, aceptar el presente contrato de afiliación en plataforma y optar por la siguiente opción para realizar el pago correspondiente de su primera cuota : vía deducción automática de cuenta corriente o electrónica.

La deducción mensual, trimestral, semestral o anual, la realizará el comercializador quien estará a cargo de la venta y de la cobranza de los planes. El cálculo de la cuota deberá hacerse al 100% del valor de la cuota para el mes en que se realiza la venta.

El cliente deberá aceptar y autorizar que MUCAP proceda con el cobro de la cuota mensual, trimestral, semestral o anual, vía deducción automática de cuenta corriente o electrónica.

CUARTO: De las diversas modalidades de los planes (Individuales y Familiares).

El comprador de un “Plan de Asistencia Médica” puede hacerlo para uso propio y de familiares o para un tercero. Cuando la adquisición es para un solo beneficiario o para uso personal, el plan será identificado como Plan Individual, mientras que, si es para dos o más personas, entonces será identificado como Plan Familiar.

El Plan Individual cubre exclusivamente al afiliado titular o a un único beneficiario indicado por el afiliado nominal.

El Plan Familiar cubre al núcleo familiar principal, siendo el titular, el cónyuge e hijos, sin límite de edad.

Los planes para grupos familiares deben ser adquiridos desde un inicio como tal, como mínimo para dos personas.

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA MEDICA EVIT

Bajo ninguna circunstancia, el afiliado nominal o beneficiarios podrán ser sustituidos en casos de fallecimiento de alguno de los miembros del grupo, para hacer uso del plan. Ante la eventualidad del fallecimiento del Afiliado Titular o Afiliado Nominal, los beneficiarios podrán continuar utilizando los servicios hasta que finalice el mes que se canceló. Si en este caso los beneficiarios desean continuar utilizando los servicios del plan deberán de suscribir un nuevo contrato de Afiliación a su nombre.

QUINTO: Plan de Asistencia Médica y los servicios comprendidos:

El “Plan de Asistencia Médica” corresponde a un servicio mediante el cual se realiza un pago mensual, trimestral, semestral o anual, que otorga el derecho de solicitar los servicios comprendidos en él, sin existir un límite a la cantidad de eventos o solicitudes de servicios. El afiliado o beneficiario tendrá el deber de cancelar el monto establecido en el presente contrato por cada solicitud realizada/evento atendido. El “Plan de Asistencia Médica” ofrece los servicios descritos a continuación:

- a) **Visitas Médicas**, las mismas se atenderán a domicilio en un plazo máximo de dos horas, en cualquier punto del país, localizándose al médico general más cercano al llamado del área de domicilio, según sea la necesidad de **EL CLIENTE**, donde el médico llegará, atenderá, otorgará la primera dosis de medicinas gratuita, y recomendará los centros farmacéuticos donde **EL CLIENTE** podrá obtener descuentos, y hasta se le podrá extender una incapacidad según sea el caso, además se le dará un seguimiento a su condición de salud vía, teléfono, WhatsApp, o correo electrónico.
- b) **Emergencias** por medio de una Ambulancia de Soporte Avanzado en cualquier punto del Gran Área Metropolitana con una respuesta en un tiempo promedio de 15 minutos, las ambulancias están equipadas con componentes de soporte avanzado, **un paramédico y un médico a bordo**, con el fin de atender en el sitio hasta una cirugía menor. Se atenderá en cualquier lugar que sea la emergencia, casa de habitación, en carretera, centros de estudios o trabajo.
- c) **Traslados**, los mismos son realizados a través de una ambulancia de soporte básico y debidamente coordinado, ya que los mismos se darán a efectos de cubrir traslados para una cita programada a algún centro médico, para alguna intervención quirúrgica o internamiento y su posterior traslado a su casa, en cualquier punto del país. En este servicio el afiliado disfrutará de un 30% de descuento en la tarifa por kilómetro.

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA MEDICA EVIT

SEXO: Precio y Forma de pago.

Los precios de los planes son: ₡4.600,00 (cuatro mil seiscientos exactos, iva incluido) mensuales por el plan individual y ₡8.000,00 (ocho mil colones exactos, iva incluido) mensuales por el plan familiar.

El precio de cada evento (visita médica, servicio de traslado o servicio de emergencia) y cliente atendido, es de ₡5.000,00 (cinco mil colones exactos), más el impuesto establecido por la legislación de Costa Rica. La forma de pago de cada solicitud y evento atendido se realizará en el momento de la solicitud del servicio mediante deducción automática de tarjeta de crédito o débito, pago en efectivo en el lugar de la atención del servicio o transferencia bancaria a la cuenta autorizada por el operador.

Tanto los precios de los planes, como el monto a cancelar por cada evento, están sujetos a cambios periódicos por el costo de la vida, con previa comunicación formal.

SÉPTIMO: Vigencia del contrato.

La vigencia del presente contrato es anual y rige a partir de la adquisición del plan elegido y hasta 12 meses consecutivos. La renovación es automática para todos los planes. La vigencia rige en iguales condiciones para todos los miembros del plan, es decir, inicia y finaliza la misma fecha del afiliado nominal o titular, sin importar el momento en que haya sido incluido algunos de los beneficiarios.

OCTAVO: Reglas de Uso “Plan de Asistencia Médica”

Las reglas generales de uso que rigen y regulan el acceso a los servicios contemplados en cada uno de los planes son los siguientes:

- a) El uso de los servicios brindados en el plan seleccionado por el afiliado, son exclusivos para el afiliado titular y los beneficiarios.
- b) Es completamente prohibido realizar la cesión del presente contrato.
- c) El pago del plan debe realizarse mensualmente, la omisión del pago inhabilita automáticamente los beneficios otorgados.
- d) **EL CLIENTE** que requiera los servicios brindados en el “Plan de Asistencia Médica” seleccionado, podrá hacerlo mediante el procedimiento contemplado en la cláusula décima del presente contrato, donde se establecen las instrucciones para la solicitud y uso del servicio.
- e) El periodo de carencia de los planes es de 8 días hábiles, siempre y cuando haya ingresado la primera cuota y este al día.
- f) Cuando el afiliado titular o nominal presente una o más cuotas de atraso, no podrá hacer uso de los planes, hasta que ponga al día los pagos, después de poner al día los pagos deberán transcurrir 48 horas para utilizar el plan.

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA MEDICA EVIT

- g) En el caso anterior, el periodo de gracia es 90 días para ponerse al día con los pagos, pero durante este lapso no tendrá acceso a los servicios, pues el estatus en el sistema aparecerá como “inactivo”. Si después de los 90 días no se paga las cuotas atrasadas, el sistema automáticamente lo pasará a un estado de “Excluido por mora”.
- h) Como requisito indispensable, tanto el afiliado titular, afiliado nominal como los beneficiarios, deben brindar toda la información completa requerida en el contrato de afiliación, a fin de evitar atrasos a la hora de solicitar el servicio de coordinación de asistencias médicas.
- i) En caso de menores de edad, incluidos dentro del plan, podrán hacer uso de los servicios acompañados de un adulto y presentar su identificación (cédula de menor de edad u otra identificación), como requisito indispensable.
- j) La asistencia Médica Domiciliaria, se entiende como la Atención Médica en el hogar de **EL CLIENTE** o donde se encuentre éste, por alteraciones de la salud que no son de gravedad, pero requieren atención médica.
- k) El Servicio de ambulancias y/o Atención de Emergencias, corresponde a la atención del **CLIENTE** en el sitio, solucionando el problema siempre que sea posible, o estabilizarlo y trasladarlo, siempre en casos de emergencias médicas o enfermedades que sean consecuencia de una asistencia médica domiciliaria, solicitada por el médico que está practicando la atención cuyas características requieran el empleo de ambulancias. **EL PROVEEDOR** podrá prestar el servicio de ambulancias de Forma Directa, es decir usando su propia estructura operativa o de Forma Indirecta, es decir contratando compañías de ambulancias que operen en las áreas de cobertura definidas en el Anexo “A”, y siendo **EL PROVEEDOR** absoluto responsable frente al **CLIENTE** por la efectiva prestación del servicio y por cualquier incumplimiento o daño causado por la prestación del servicio.
- l) Una vez que el Médico o Ambulancia se encuentre en el lugar solicitado por **EL CLIENTE**, y el afiliado titular o beneficiario que requiere el servicio no se encuentra, el tiempo máximo de espera por parte del médico o ambulancia es de 15 minutos.
- m) La Zona de Cobertura es la ubicación geográfica en las ciudades, donde **EL PROVEEDOR** prestará los servicios objeto del presente contrato y en donde exista libre acceso a las unidades móviles de asistencia. En el Anexo “A” del presente contrato se definen los sectores en las cuales se prestará el servicio y el tipo de servicio que se prestará en cada uno de ellas.
- n) Quedan excluidos del alcance de este contrato los siguientes tratamientos en el domicilio: colocación de sueros, administración de antibióticos, cuidados del paciente postrado, cambio de catéteres de cualquier tipo, así como los tratamientos médicos crónicos de diálisis, quimioterapias, radioterapias, rehabilitación y cualquier otro tratamiento crónico, salvo aquellos derivados en forma inmediata por la atención de emergencia.
- o) Cuando a juicio razonable del conductor de la Unidad, el acceso al lugar de la atención sea contraproducente o peligroso para la integridad de la Unidad y/o de sus ocupantes, se acordará con **EL CLIENTE** un punto de encuentro para poder atenderlo.
- p) Si el médico que brinda la atención médica domiciliaria determina la necesidad de envío de una unidad de emergencia porque a su juicio, **EL CLIENTE** requiere internamiento, es de exclusiva cuenta y responsabilidad de **EL CLIENTE** que requiera el servicio, que el Centro de Asistencia Médica señalado acepte su ingreso. En caso de no ser aceptado, **EL**

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA MEDICA EVIT

PROVEEDOR lo comunicará al **EL CLIENTE**, quien decidirá el centro de asistencia médica, clínica u hospital más conveniente, sin que ello acarree responsabilidad alguna para el médico que esté prestando el servicio, paramédico o para **EL PROVEEDOR**. Igualmente, en aquellos casos en que **EL CLIENTE** o su familiar no indique o no estén en las condiciones de tomar una decisión de cuál es el Centro de Asistencia Médica, **EL PROVEEDOR** tomará la decisión; donde la prioridad serán las clínicas y/o los Hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social ubicados en la zona próxima o a distancia razonable del lugar de la atención y se utilizarán salvo que a juicio de los profesionales actuantes por parte de **EL PROVEEDOR** la vida del paciente corra riesgo en cuyo caso se derivará al centro asistencial más próximo al lugar de la atención, sin que ello acarree responsabilidad alguna para el médico, paramédico o para **EL PROVEEDOR**.

- q) **EL PROVEEDOR** no será responsable y, por lo tanto, no le será exigible el pago de indemnización de ninguna índole, por daños que puedan sobrevenir a **EL CLIENTE** o a pariente o cualquier persona acompañante, durante la atención o traslado en las Unidades Móviles de Asistencia en caso que dichos daños provengan de caso fortuito o de fuerza mayor.
- r) **EL PROVEEDOR** declara expresamente que tiene suscrita, y mantendrá vigente durante este contrato, una Póliza de Seguros de Responsabilidad Civil y Mala Praxis para cualquier accidente que pudiese ocurrir en ocasión de la atención de los pacientes y durante el eventual traslado del paciente al Centro Hospitalario que lo ampara por lesiones, muerte o incapacidad permanente del **EL CLIENTE** y sus herederos, que aceptan el monto de la cobertura de dicha póliza como indemnización máxima a cualquier posible reclamo.

NOVENO: Obligaciones del Proveedor.

EL PROVEEDOR se compromete a ofrecer y garantizar la prestación de los servicios de asistencia médica domiciliaria, atención de emergencia y traslados que requieran, según los servicios, condiciones y vigencia del presente contrato. **EL PROVEEDOR** podrá prestar el servicio de Forma Directa, es decir usando su propia estructura operativa o de Forma Indirecta, contratando otras compañías, comprometiéndose a mantener el estándar de calidad en la prestación del servicio conforme a lo previsto en este contrato y siendo **EL PROVEEDOR** absoluto responsable frente a **EL CLIENTE** por la efectiva prestación del servicio y por cualquier incumplimiento o daño causado por la prestataria del servicio. Los servicios de **EL PROVEEDOR** y de su red de servidores deberá en todo momento prestarse de conformidad con las estipulaciones del presente contrato, brindando en todo momento un servicio óptimo, cortés, respetuoso y responsable a **EL CLIENTE** que sea atendido.

DÉCIMO: Forma de Gestionar el Servicio.

Para hacer uso del plan el afiliado titular o beneficiario debe proceder según los pasos descritos a continuación: **1)** Deberá comunicarse directamente al Call Center de Asistencias Médicas al número de teléfono 2290-5555. **2)** En el caso del afiliado titular (cliente que pagó el plan de asistencia médica para sí mismo), deberá identificarse con su número de cédula de identidad o cédula de residencia y número de contrato. Si es un beneficiario (cliente a quien el afiliado nominal le incluyó o le obsequió

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA MEDICA EVIT

el plan de asistencia médica o un familiar incluido dentro del Plan Familiar), deberá identificarse con el número de cédula de identidad o cédula de residencia, número del contrato y el nombre completo o número de cédula del afiliado nominal o titular. **3)** Indicar el servicio requerido y el lugar exacto donde se debe atender la solicitud. **4)** Una vez verificados los datos y procedencia del servicio, se procederá a la atención del mismo. **5)** En el caso de traslados o atenciones de emergencias, **EL CLIENTE**, o la persona que lo acompaña, deberán firmar la historia clínica prehospitalaria, confeccionada por el personal de **EL PROVEEDOR** que atiende el servicio. **6) EL PROVEEDOR** emitirá un reporte de los servicios realizados al término de cada mes. El listado contendrá la siguiente información de cada servicio: Nombre y apellido del paciente, Cédula de identidad del paciente, Fecha en la que se realizó el servicio, Origen y destino (si los hubiere) y el diagnóstico.

UNDÉCIMO: Exclusión e Inclusión de beneficiarios del plan.

El afiliado nominal o el afiliado titular de un plan familiar que desee solicitar la exclusión y/o inclusión de algún beneficiario, deberá realizar la solicitud vía telefónica al número 4034-4682, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., con 30 días naturales de antelación, a excepción que la exclusión sea por muerte.

Bajo ninguna circunstancia se tramitarán solicitudes de cambio o sustitución del afiliado titular o del afiliado nominal, para tal fin se presentará la renuncia del plan y se tomará un nuevo plan.

En caso que el Afiliado Nominal (cédula Cobro) o el Afiliado Titular de un Plan Familiar no continuare con el pago del plan y el beneficiario desea hacerse cargo del mismo, deberá aceptar un nuevo plan.

DUODÉCIMO: Cancelación del plan.

La cancelación del plan podrá solicitarla únicamente el afiliado titular, afiliado nominal o alguno de los beneficiarios si el titular ha fallecido, independientemente del tipo del plan que se trate. La solicitud de cancelación debe realizarse por escrito o vía telefónica, al número 4034-4682, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. En caso de no existir morosidad por parte del afiliado, 2 días hábiles posteriores a la presentación de la solicitud de renuncia se cancelará el plan. Cuando la cancelación del plan es solicitada antes del vencimiento de la vigencia, bajo cualquier forma de pago y por cualquier medio, será efectiva hasta que se haya corroborado el uso del plan y las cuotas pagas a la fecha. En el caso de existir pagos pendientes se procederá de inmediato al cobro del mismo. La cuota del mes en el que el afiliado cancela la asistencia no se reintegra, pero si se mantiene la cobertura por todo ese mes completo en que se presenta la cancelación. Si a nivel de sistema por corte se generó cobro para el siguiente mes, aun habiendo presentado la cancelación el mes anterior, esa cuota si aplica para devolución.

DÉCIMOTERCERO: Aceptación de las reglas y condiciones para la operativa del plan de asistencia médica.

El afiliado titular, afiliado nominal y / o sus beneficiarios podrán hacer uso de los beneficios del plan de asistencia médica que hayan adquirido, según las condiciones detalladas en este

CONDICIONES GENERALES DEL PLAN DE ASISTENCIA MEDICA EVIT

documento, las cuales son aceptadas al momento de la compra del plan, cuando el cliente acepte vía telefónica la adquisición del plan, regido por este contrato y sus anexos.

DÉCIMO CUARTO: Políticas de Privacidad y Tratamiento de Datos Personales.

Winday S.R.L, sociedad dueña de la marca Evit en cumplimiento con lo dispuesto en la Ley de Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales de Costa Rica número 8968 y su reglamento, hace de conocimiento del afiliado y sus beneficiarios que los datos recopilados mediante la prestación del servicio objeto del presente contrato, serán de uso exclusivo de nuestra sociedad y tratados según las estipulaciones de la normativa vigente. Y el cliente mediante la aceptación en el Formulario de Recopilación de información, manifiesta su conocimiento y aprobación de la política de privacidad. De acuerdo a las características del Plan de Asistencia Médica, la negativa a brindar los datos solicitados conlleva la imposibilidad de prestar el servicio ofrecido.

DÉCIMO QUINTO: Conciliación y Arbitraje.

En caso de controversia entre las partes dentro del marco de lo establecido en el presente contrato, en su ejecución, liquidación o interpretación, se someterá en primera instancia a conciliación en un plazo de diez días hábiles. En caso de no llegar a ningún acuerdo conciliatorio, se llevará a la vía arbitral para resolver, de conformidad con el Reglamento de Arbitraje del Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica. El tribunal deberá estar compuesto por tres árbitros y uno de ellos debe ser abogado y estar incorporado al Colegio de Abogados de Costa Rica. El Centro de Conciliación y Arbitraje de la Cámara de Comercio de Costa Rica, será la institución encargada de administrar el proceso arbitral.

DÉCIMO SEXTO: Jurisdicción. Según leyes costarricenses.

DÉCIMO SETIMO: Cesión del contrato. El presente plan no es objeto de cesión a terceras personas.

Aceptación de las reglas y condiciones para la operativa del plan de asistencia médica.

El afiliado titular, afiliado nominal y / o sus beneficiarios podrán hacer uso de los beneficios del plan de asistencia médica que hayan adquirido, según las condiciones detalladas en este documento, en el momento en el que el afiliado titular y/o nominal acepte y firme el formulario de autorización en MUCAP, o bien, cuando brinde la autorización en el momento de la llamada en caso que sea contactado por este medio.

ANEXO PARA LAS ASISTENCIAS DE VISITAS MEDICAS, EMERGENCIAS Y TRASLADOS

Zonas de Cobertura

Sector 1: Desde playas aledañas al Coco, hasta Cañas y de Cañas a Upala, llegando a la frontera con Nicaragua.

Sector 2: Playas Ocotol, Coco, Panamá, Hermosa, Matapalo.

Sector 3: Santa Cruz, Nicoya y playas Potrero, Brasilito, Conchal, Flamingo, Tamarindo, Junquillal y Avellanas.

Sector 4. Cóbano, Malpaís, Santa Teresa, Paquera.

Sector 5: Monteverde y parte de Miramar.

Sector 6: Desde Puntarenas, Puerto Caldera hasta Playa Herradura.

Sector 7: Parrita, Quepos, Jacó hasta Dominical.

Sector 8: Desde Pérez Zeledón hasta Playa Dominical.

Sector 9: La zona Sur de Costa Rica desde Paso Canoas hasta Buenos Aires y San Vito.

Sector 10: Puerto Viejo de Talamanca, Hone Creek, Manzanillo, Sixaola.

Sector 11: Parismina, Limón hasta Matina.

Sector 12: Guápiles a Siquirres.

Sector 13: Sarapiquí.

Sector 14: Fortuna a Ciudad Quesada.

Sector 15: Desde Los Chiles hasta Santa Rosa de Pocosol.

Sector 16. Grecia, Sarchí, Atenas, Orotina.

Sector 17: Gran Área Metropolitana. Desde el Centro de Paraíso de Cartago al Coyol de Alajuela.

Sector 18: Área Metropolitana: **Este:** De Cartago, zona limitada por Quircot, San Rafael de Oreamuno, Dulce Nombre, Agua Caliente, Tejar del Guarco, Lima, Taras hasta inicio carretera Llano Grande. Centro de Paraíso de Cartago hasta Sede UCR, Picacho y Cruce puente de la línea del tren. **Oeste:** hasta Ciudad Colón. **Sur:** Hasta Cinco Esquinas de Aserrí, **Norte:** Heredia Centro, San Joaquín de Flores, Santo Domingo de Heredia, Barva, Santa Bárbara y San Miguel en ruta a Guápiles, Alajuela Centro, Río Segundo, hasta El Coyol.

Servicios disponibles según la Zona de Cobertura

Médicos a domicilio y traslados: Todos los sectores.

Emergencias: Sector 17 y 18.