	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 1 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

PROPOSITO Y ALCANCE

Definir la sistemática para la gestión de la atención al Beneficiario en OAMI SA.

RESPONSABILIDADES

La Gerencia General es responsable de asegurar que se cumpla con lo establecido en este procedimiento.

La Jefatura de Atención al Beneficiario es responsable de las actividades específicas de este procedimiento.

ACCIONES Y METODOS

1. GENERALIDADES

- a) En ausencia de la Jefatura de Atención al Beneficiario, el Asesor del Beneficiario designado o la Gerencia General o Gerencia Operativa realizará las actividades que correspondan a la Jefatura.
- b) En ausencia de la Encargada de Auditoría Médica, se podrá solicitar autorización a Gerencia Operativa o Gerencia General.
- c) En caso de ausencia del Encargado de Auditoría Médica y/o Gerencia de Operaciones, la Jefatura de Atención al Beneficiario podrá realizar el cálculo del IMC (Índice de masa corporal)
- d) En el presente procedimiento la denominación Asesor corresponde a Asesor del Beneficiario.
- e) El Asesor en todos los casos de comunicación con el Beneficiario (vía telefónica, mensajes de texto, WhatsApp **corporativo y CRM**, Plataforma llubet o presencial) registra el contacto en novedades del sistema informático.
- f) Para la firma en los documentos contractuales (Contrato, Declaración Jurada, Recibo de documentos y Anexos) el Asesor actualiza la Cédula de Identidad del firmante mayor de edad.


En caso de que la Cédula de identidad se encuentre vencida al momento de la renovación, se solicitará la contraseña (La contraseña debe ser de hasta 45 días previos a la renovación del contrato) con un plazo de regularización de hasta 45 días. La actualización se deberá derivar como documento pendiente en el sistema.

g) Los registros asociados a este instructivo son completados en todos los campos exigidos, con letra legible, sin enmiendas ni tachaduras (para los casos de formularios físicos). Cuando el llenado de algún punto no correspondiere, el Asesor anula el campo. Esta exigencia no rige para la página 2 del F-GO-02, Solicitud. En caso de que el Beneficiario presente documentos con enmiendas y/o tachaduras se presenta a Asesoría Legal y/o Control Documental para su evaluación y autorización.

h) Cuando se utilice la expresión "léase" para corregir un error, deberá agregarse media firma. (Hasta 3 correcciones)

i) Para la determinación de precios en todos los procesos (Ej.: Cambio de Plan, Reingresos, Bajas de Adherentes, Inclusiones en grupos con renta negativa, Permiso, Extensiones, Reactivaciones, desglose de cuotas, etc.) se deberá consultar previamente con la Jefatura de Atención.

j) El precio de lista del Plan Preferencial aplica de igual manera para los planes Colectivo Universitario y San Cristóbal, teniendo en cuenta que los mismos no se comercializan, por lo que sólo se podrá mantener a los grupos existentes, quienes podrán incluir única y

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 2 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

exclusivamente a hijos menores de 18 años y cónyuge legal. Para los casos de hijas mayores de 18 años en Planes Universitarios, se considerará el cambio de grupo con mantenimiento de plan, con el cumplimiento de la carencia correspondiente a maternidad.

k) El sistema de archivo OAMI se realiza de forma externa y tercerizada. En caso de que se requiera legajos de Beneficiarios, serán solicitados al Departamento de Afiliaciones vía correo electrónico.

l) En caso de que el beneficiario solicite fraccionamiento con goce de utilización de los servicios, fraccionamiento con mantenimiento de antigüedad o bajas en estado GI, los mismos son derivados a la Jefatura de Cobranza para su gestión.

m) Las Notas de Crédito (NCO) por fallecimiento, permiso o cambio de monto de cuota por baja de adherente o cambio de grupo de adherente podrán ser verificadas y autorizadas por la Jefatura de Atención al Beneficiario.

n) La Jefatura de Atención al Beneficiario podrá autorizar la exoneración de costo de reimpresión de credencial, vía correo electrónico al Departamento de Cuentas Corrientes y Afiliaciones.

o) El registro de los documentos entregados al Departamento de Afiliaciones, son registrados y derivados al Departamento de Afiliaciones. Para los documentos devueltos, Afiliaciones deriva por Sistema Informático al Asesor como Documento pendiente.

p) Cuando la firma de un documento se realiza por medio electrónico no requiere la verificación de coincidencia de firma idéntica a la Cédula de Identidad.

q) Previa a la de remisión del correo electrónico, el Asesor del Beneficiario debe verificar que la misma corresponda al dato proporcionado por el titular.

r) Los documentos pendientes especificados en la “novedad dinámica”, deberán ser regularizados en el mes de renovación (condición para renovar).

s) Para los casos de entrega de credenciales, el correo electrónico suple la función del F-GC-53, Recibo de documentos cuya finalidad es acreditar la recepción de las credenciales.

t) El F-GC-53, Recibo de documentos será utilizado únicamente para los casos de entrega de F-GC-01, Contrato de Salud impreso. Para los casos de envío de contrato a través del sistema ADOBE, y que el Titular realiza la impresión del documento enviado por dicho sistema, el Asesor deberá remitir vía correo electrónico el siguiente texto:

Estimado Beneficiario

Sr. Sra. _____:

*Hemos recibido su Contrato firmado en formato impreso. El mismo se procesará en las presentes condiciones. Recuerde que las normas generales ya fueron adjuntadas al contrato al **en** formato digital previamente enviado.*


La observancia de la misma es de carácter obligatorio ya que forman parte del contrato.

Agradecemos la confianza puesta en nuestra organización.

u) Las impresiones del F-GC-08, inclusión y F-GC-11, Permiso, son realizadas por el Asesor, y las solicitudes de facturación son solicitadas al Dpto. de Cuentas Corrientes (se podrá agilizar el trámite vía telefónica con la regularización posterior vía correo).

v) Por mes de renovación, cualquier adherente (mayor de edad) podrá solicitar su continuidad forma independiente en un grupo diferente.

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 3 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

w) Los campos de Email y celular, deberán ser completados para todos los miembros del grupo (titulares y adherentes a partir de 18 años de edad). En los casos que no cuenten con los datos mencionados más arriba, se deberá justificar el motivo en el sistema informático, tipo de novedades: Actualización de datos o en el tipo de novedades Renovación de contrato.

x) El campo de cédula de identidad deberá ser completado por los miembros a partir de los 5 años de edad.

y) En caso de solicitar facturación a nombre de terceros, el Asesor del Beneficiario debe solicitar respaldo del pedido por nota o medio digital.

z) Instrucciones para Firmas electrónicas:

Las firmas con garabato, por regla general, no deben pasar la línea que separa la firma de la aclaración. Para los casos en que el garabato o letra afecte levemente una o unas letras de la aclaración, puede ser procesado por Departamento de Afiliaciones.

Los casos en los que el garabato tache visiblemente la aclaración, no será aceptado por el Departamento de Afiliaciones, como por ejemplo: "González."

En esta excepción no aplican los nombres o apellidos tipeados, ya que existen algunos apellidos complejos que pueden tener las letras g, j, p, q, y que indefectiblemente pasarán la raya divisoria, en estos casos, serán aceptados por el Departamento de Afiliaciones.

a.1) En los casos en los cuales el Beneficiario solicite cambios en la dirección de correo electrónico del firmante, el Asesor del Beneficiario deberá digitalizar el pedido o respaldo en el sistema informático, y, posteriormente derivar a la Jefatura de Atención al Beneficiario para la modificación correspondiente. ~~Este proceso se deberá realizar únicamente en las renovaciones de contrato, en el caso de aplicar dentro de la vigencia del contrato, la Jefatura de Atención al Beneficiario deberá registrar en novedad dinámica ANRE (Analizar renovación) para que pueda ser notificado y modificado en la renovación.~~


b.1) Para los casos de renovaciones con 4 cuotas pendientes en adelante, se deriva a la Encargada de AUME o Gerencia General o en sus ausencias, la Gerencia Operativa para verificación.

c.1) Cuando el F-GC-01 Contrato de salud inicial se firma a través de las modalidades: firma electrónica o firma física de contrato, las demás gestiones relacionadas al grupo (inclusión, prima de maternidad, y otros servicios) deberán mantener la misma modalidad que la gestión inicial.

d.1) Para casos de Pagars o deudas pendientes en Reingresos y Renovaciones verificar el P-GA-02, Cobranzas, punto 14.1.

2. GESTION DE QUEJAS Y SUGERENCIAS

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 4 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

- a) Solicitar al Beneficiario la queja por nota, medios digitales o completar el F-GC-20, Quejas y Sugerencias, y se registra en el sistema informático, derivando al área correspondiente.
- b) Digitalizar el correo/mensaje/nota o F-GC-20, Quejas y sugerencias, en caso de necesidad.

2.1 Tipos de quejas:

- Quejas normales (24 horas): Son aquellas que el asesor puede responder en el plazo de un día hábil sin recurrir a otros Departamentos.
- Quejas derivadas internas normales (72 horas): Son aquellas que deben ser consultadas con otros Departamentos para brindar retorno al Beneficiario en un plazo máximo 3 días hábiles.
- Quejas derivadas internas complejas (144 horas): Son aquellas que deben ser derivadas a los Departamentos de AUME, Gerencia General y Directorio, cuyo plazo de retorno debe ser máximo de 6 días hábiles.
- Quejas derivadas externas: Son aquellas que deben ser gestionadas con los proveedores externos, mediante los Departamentos correspondientes. (Ej: Prestadores).

Los promedios de resoluciones de las quejas son especificados en el FP-GG-01, Ficha de Proceso, Atención al Beneficiario.

Para los casos específicos de Quejas y Sugerencias, se deberá verificar el I-GG-11, Quejas y Sugerencias.

Al momento de la carga de quejas y sugerencias en el sistema informático, el Asesor del Beneficiario deberá registrar el medio por el cuál recibe la solicitud. (Ej: Se recibe a través de correo electrónico, llamada telefónica, de manera presencial, de la plataforma CRM, por WhatsApp, etc.)

3. MODIFICACIONES:


3.1 Actualización de datos (atención presencial)

- a) Solicitar el N° de credencial o N° de cédula de identidad
- b) Actualizar los datos en el sistema informático (números telefónicos, RUC, correo y direcciones) según necesidad.
- c) Cambios en la dirección de correspondencia: Registrar en novedades del sistema informático la nueva dirección de correspondencia y enviar los datos por email al Departamento de Cuentas Corrientes.
- d) En caso de cambios de datos de la Cedula de Identidad, se digitalizará y se remitirá al Departamento de Afiliaciones para procesar el cambio.

4. COMUNICACIÓN DE ARANCEL PREFERENCIAL Y/O FACTURACION DE SERVICIOS.

- a) La Jefatura de Atención al Beneficiario recibe la novedad derivada del Sistema informático, ítem Notificación de Cobertura ATB, que indica el/los motivo/s de la limitación de cobertura sanatorial, Ambulancia o utilizaciones del servicio en estado de Baja o NR, y asigna a un Asesor para realizar el contacto.
- b) El asesor se comunica con el Beneficiario e informa la cobertura con arancel preferencial o facturación del servicio.

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 5 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

5. MATERNIDAD

Conforme al P-GG-01, Asesoramiento y Afiliaciones, Punto 3.3.9, Maternidad.

6. REINGRESOS

Conforme al P-GG-01, Requisitos de Asesoramiento y Afiliación, punto 3.3 Reingreso.

7. INCLUSIONES

Conforme al P-GG-01, Asesoramiento y Afiliación, punto 3.8, Inclusiones.

7.1. Inclusión de Recién Nacido

La Jefatura de Atención al Beneficiario recibe la novedad derivada del sistema informático Ítem Inclusiones varias, que contiene la información del nacimiento, quien asigna a un Asesor para el contacto con los padres del Recién Nacido a fin de solicitar la documentación correspondiente para la inclusión.

8. BAJA DE GRUPOS O ADHERENTES


8.1. Anticipada a pedido del Beneficiario.

- a) El Asesor recibe el F-GC-19, Solicitud de Cancelación de servicios, la comunicación escrita (nota o medios digitales)
- b) El Asesor remite a la Jefatura de Atención al Beneficiario quien, a su criterio, solicita la revisión a la Gerencia General o Gerencia Administrativo-Financiera o Gerencia de Operaciones o Asesoría Legal dejando constancia de la resolución en las novedades del grupo o correo electrónico.
- c) El Asesor En los casos de pedido de baja anticipada recibido a través de oamisa@oami.com.py, la Jefatura de Atención al Beneficiario verifica comunicando cumplimientos de las condiciones de la Baja resolución (Ej.: Abonar X cantidad de cuotas), se informa al Beneficiario. En los casos de pedido de baja anticipada recibido a través de notas impresas o en F-GC-19, Solicitud de Cancelación de Servicios, el Asesor del Beneficiario asignado realizará la comunicación correspondiente.
- d) El Asesor La Jefatura o Asesor de Atención al Beneficiario remite por correo electrónico al Departamento de Afiliaciones con la autorización correspondiente para programar la baja, con copia al Departamento de Cuenta Corrientes, para los casos correspondientes a cobro de cuotas.
- e) La Jefatura o Asistente de Afiliaciones recibe la F-GC-19, Solicitud de Cancelación de Servicio o comunicación escrita (nota o medio digital) y las credenciales de salud en caso de que presente, verifica y registra en el sistema informático.
- f) Para el cobro de cuotas, el Departamento de Afiliaciones dará de baja a cada adherente en el sistema informático, dejando el Grupo en estado GC, con el fin de que el Departamento de Cuentas Corrientes pueda visualizar y realizar el seguimiento correspondiente.

8.2 Por decisión de la empresa:

La Jefatura de Atención al Beneficiario recibe notificación de Gerencia General, Auditoría Médica, Gerencia de Operaciones o Asesoría Legal para procesar la baja anticipada o no renovación del contrato.

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 6 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

En caso de baja anticipada por decisión de la empresa, Asesoría Legal comunica al Titular vía Telegrama colacionado o entrega nota al Departamento de Atención al Beneficiario, registrando en el sistema informático el envío y la recepción de la notificación, posteriormente envía la copia del acuse de recibo del Telegrama colacionado o nota al Departamento de Afiliaciones.

El Asesor del Beneficiario o la Jefatura de Atención al Beneficiario remite la notificación de no renovación de contrato a través de nota firmada por la Gerencia General o Gerencia Operativa a la dirección de correspondencia o correo electrónico declarado.

En caso de no renovación por decisión de la empresa, y siempre que el grupo no adeude cuotas, el Departamento de Afiliaciones procesa la baja una vez recibida la comunicación de la Jefatura de Atención al Beneficiario o del Encargado de Auditoría Médica o la Gerencia de Operaciones o Gerencia General.

La Jefatura de Atención al Beneficiario o el Asesor informa al Departamento de Cuentas Corrientes a fin de emitir nota de crédito o suspender facturación.

En los casos de baja anticipada con cuotas o utilización de servicios pendientes, el Asesor del Beneficiario o Jefatura e Atención al Beneficiario, deriva al Departamento de Cuentas Corrientes para realizar el seguimiento correspondiente.

8.3 Por excepción de contratos vencidos (GI)

Conforme al P-GA-02, Cobranzas.

8.4 Por no renovación

8.4.1 De Grupo a pedido del Titular

- a) Se recibe del Titular o responsable del Contrato comunicación escrita que no renovará el contrato (nota o medios digitales, independientemente a que la atención sea presencial). Posteriormente el Asesor remite correo electrónico a la Jefatura de Atención al Beneficiario, una vez verificado por la misma, el Asesor del Beneficiario deriva al Departamento de Afiliaciones indicando la solicitud de no renovación, adjuntando el respaldo correspondiente.
- b) Todas los pedidos de baja se deberán registrar en el sistema informático con la aclaración del motivo de baja.


8.4.2 De Adherente a pedido del Titular

- a) Se recibe comunicación escrita (nota o medios digitales, independientemente a que la atención sea presencial) del Titular y se deriva al Departamento de Afiliaciones para procesar la baja.

8.5 Por fallecimiento

- a) La Jefatura de Atención al Beneficiario recibe la novedad derivada del Departamento de Visaciones Ítem Baja por fallecimiento y deriva a un Asesor para el contacto.
- b) Se recibe el Certificado de Defunción o Certificado de la Funeraria. En el caso de que el fallecimiento sea de conocimiento público (a través de cualquier medio de comunicación), se podrá considerar la información pública para procesar la baja.

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 7 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

- c) Se remite copia escaneada del Certificado de Defunción, Certificado de la Funeraria o respaldo de la información pública o deriva la novedad del sistema informático iniciado por el área de Visaciones, al Departamento de Afiliaciones a fin de que este procese la baja.
- d) Se verifica precio con la Jefatura de Atención al Beneficiario y se informa al Titular o responsable asignado por el grupo.

En caso de que el fallecido sea el Titular y tuviere adherentes dentro del F-GC-01, Contrato de Salud, uno de ellos podrá solicitar continuidad como Titular del contrato completando el F-GO-02, Solicitud, conforme lo indicado en el **Punto 11, Cambio de titularidad por mes de renovación o fallecimiento del titular.**

En caso de que el fallecido sea Titular solo, se procede a la baja con la comunicación del Departamento de Visaciones.

En caso de que se encuentre generada la factura, el Asesor del Beneficiario comunica a la Jefatura de Atención al Beneficiario para la verificación pertinente, en caso de corresponder, se solicita al Departamento de Cuentas Corrientes para la emisión de nota de crédito.

En caso de que el fallecimiento haya ocurrido los primeros días del mes, se verificará utilización de los servicios para dar de baja por el mes. En el caso de que haya utilización se presentará a Gerencia General, Gerencia Operativa y/o Gerencia Administrativa Financiera para resolución.

8.6 Baja Administrativa. (Gestión a cargo de la Jefatura de Atención al Beneficiario)


- a) Se emite el listado de grupos en estado NR cuya fecha de vencimiento de contrato haya superado los 2 meses.
Se remite el listado correspondiente al Departamento de Afiliaciones para el proceso de baja.

9. PERMISO

9.1 Solicitud de Permiso o Extensión de Permiso

a) Documentos requeridos:

- F-GO-02, Solicitud o comunicación escrita (nota o medios digitales) del permiso (mínimo 6 meses) o extensión de permiso por viaje.
 - Copia de los documentos que respalden el viaje.
 - F-GC-11, Permiso.
 - Entrega las credenciales de los Beneficiarios afectados. Para los casos de extensión de permiso no es necesario la presentación de las credenciales.
- b) Se verifica y se realiza el cálculo de la cuota equivalente al 30 % del monto de la cuota en los casos de presentar renta positiva, si el grupo presenta renta negativa consultar el porcentaje a ser aplicado con la Jefatura de Atención al Beneficiario.
- c) En caso de aprobación, se remite al Departamento de Afiliaciones para su proceso.
- d) El Asistente o Jefatura de Afiliaciones, verifica los documentos y registra en el sistema el estado P, modifica las cuotas, gestiona la firma de representantes de OAMI en el F-GC-11,

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 8 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

Permiso, solicita la factura al Departamento de Cuentas Corrientes y entrega al Asesor del Beneficiario para gestionar la firma del Beneficiario Titular o responsable del Contrato.

e) Los permisos sin la presentación de las credenciales podrán ser autorizados por la Jefatura de Atención al Beneficiario.

Si la solicitud de permiso o extensión de permiso obedece a otros motivos o el permiso se concede por un periodo menor a 6 meses, la Jefatura de Atención al Beneficiario solicita a la Gerencia General o Gerencia de Operaciones autorizar el permiso en el F-GO-02, Solicitud o a través de correo electrónico a excepción de aquellos grupos cuyo vencimiento de contrato se produce antes de completar los 6 meses, quienes al momento de renovar deberán realizar una extensión de permiso para completar el plazo mínimo.

Si la solicitud de permiso o extensión de permiso responde a motivos económicos, el permiso se concede por un periodo de 3 meses, los mismos no serán reactivados antes del cumplimiento del plazo mencionado. Los casos con renta positiva serán autorizados por la Jefatura de Atención al Beneficiario y los casos con renta negativa por la Gerencia General o Gerencia Operativa.

Una vez que el contrato se encuentre activo (permiso culminado) no se podrá solicitar nuevamente permiso por el tiempo restante de contrato.

9.2 Reactivación antes de culminar el periodo de permiso:

a) Se recibe ~~del Titular~~ el F-GO-02, Solicitud, nota o medios digitales en el que solicita la reactivación del Beneficiario en estado de Permiso.

b) Si el plazo de reactivación no cumple el periodo mínimo de 6 meses, presenta a la Gerencia General o a la Gerencia de Operaciones para el análisis correspondiente.

c) En caso de aprobación, se remite al Departamento de Afiliaciones para su proceso.

d) El Asistente o Jefatura de Afiliaciones, verifica los documentos y registra en el sistema el estado A, modifica las cuotas, solicita la Factura al Departamento de Cuentas Corrientes y entrega las credenciales al Asesor del Beneficiario si correspondiere.

10. CAMBIO DE PLAN


a) **Documentos requeridos:**

- F-GO-02, Solicitud.
- F-AM-01, Declaración Jurada de Salud. El llenado se podrá realizar previa llamada telefónica. (Proceso televentas)

b) Se presenta a la Jefatura de Atención al Beneficiario o a la Gerencia General o a la Gerencia de Operaciones para verificación y autorización.

- En caso de solicitar un Plan de mayor cobertura, se consulta previamente al Departamento de Auditoría Médica conforme lo establecido en el P-AM-01, Auditoría Medica punto 3

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 9 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

Cambio de Plan, posteriormente se presenta los documentos requeridos al Departamento de Auditoría Médica, quien dictamina conforme al P-AM-01, Auditoría Médica.

- En caso de solicitar un Plan de menor o de igual cobertura no requiere autorización de Auditoría Médica.
- En caso de mujeres en edad fértil, que desean realizar un cambio de plan, para contar con cobertura de maternidad, ejemplo: del Cuidado Integral Joven a los demás planes habilitados con maternidad, deberá ser presentado a Auditoría Médica para verificación.
- En todos los casos que se realice un cambio de plan, se debe procesar el anexo correspondiente:
 - F-GC-09, Cambio de Plan: cuando el cambio se realiza en el mes de renovación.
 - F-GC-27, Cambio de Plan con modificación de precio o F-GC-29, Cambio de plan sin modificación de precio: Cuando el cambio se realiza durante la vigencia del contrato (casos excepcionales).
- Si se autoriza el cambio de plan con Preexistencia, el Asesor comunica al Titular, dejando constancia de la conformidad en el F-GO-02, Solicitud, correo electrónico o sistema informático y remite al Departamento de Afiliaciones para su proceso.
- En caso de rechazo, el Asesor informa al Titular, registra en el F-GO-02, Solicitud, correo electrónico o sistema informático y solicita el archivo al Departamento de Afiliaciones (para los casos de formularios físicos)
- En los casos de cambio de plan con contrato vigente, la solicitud será evaluada por la Gerencia General o Gerencia Operativa o Auditoría Médica, dejando constancia de lo resuelto vía correo electrónico, sistema informático, firma o aprobación en el F-GO-02, Solicitud, a excepción de los siguientes casos:

1-Cambio de plan Cuidado Integral Joven para adquisición de prima de maternidad.

2-Cambio de plan Cuidado Integral Joven para incluir hijos menores de 5 años.

Nota: Estos casos no requieren aprobación de Gerencia General o Gerencia Operativa o Auditoría Médica, ya que el Plan Cuidado Integral Joven no habilita la opción de Prima de Maternidad ni inclusión de hijos menores de 5 años.


- c) Se presenta al Departamento de Afiliaciones para su proceso.
- d) El Asistente o la Jefatura Afiliaciones, verifica los documentos, registra en el sistema los cambios solicitados, imprime las credenciales y los documentos correspondientes y solicita la factura al Departamento de cuentas corrientes.

Si el dictamen de Auditoría Médica indica patologías, el Asistente o la Jefatura de Afiliaciones consigna en el art. 4 del F-GC-09, Cambio de Plan. Si el dictamen de Auditoría Médica no indica patologías, el Asistente o la Jefatura Afiliaciones suprime el art. 4 del F-GC-09, Cambio de Plan.

- e) El Asesor del Beneficiario gestiona la firma del Titular en el F-GC-09, Cambio de Plan.

El F-AM-01, Declaración Jurada de Salud, podrá ser firmado por el Titular al finalizar el proceso, conjuntamente con el F-GC-09, Cambio de Plan en los casos de aumento de plan.

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 10 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

Los Beneficiarios mayores de 35 años no podrán permanecer en el Plan Cuidado Integral Joven, como así tampoco los hijos mayores de 30 años en el Plan Galeno excepto los casos autorizados por la Gerencia General o Gerencia de Operaciones quien dejará registro de lo resuelto en el sistema informático o vía correo electrónico.

11. CAMBIO DE TITULARIDAD POR MES DE RENOVACION O POR FALLECIMIENTO DEL TITULAR

a) Documentos requeridos:

- F-GO-02, Solicitud, notificación por medios digitales por parte del titular indicando su no renovación.
- F-GO-02, Solicitud y cédula de identidad actualizada del nuevo/a Titular.
- F-AM-01, Declaración Jurada de Salud del nuevo/a Titular.

Si el anexo de servicios actual no incluye cobertura de maternidad o la nueva Titular ya cuenta con el Beneficio no requiere el llenado del F-AM-01, Declaración Jurada de Salud.

En caso de que la nueva Titular sea mujer en edad fértil (12 a 45 años) se adjunta el F-AM-01, Declaración Jurada de Salud y el F-GC-32, Titularidad.

- b) Se verifica y se presenta a la Jefatura de Atención al Beneficiario o a la Gerencia General o a la Gerencia de Operaciones quien indica la cuota.
- c) Se presenta a Auditoría Médica para su verificación conforme el P-AM-01, Auditoría Médica.
- d) Se entrega o remite al Departamento de Afiliaciones para el proceso.
- e) Se gestiona la firma del Titular en el F-GC-32, Titularidad y en el F-GC-01, Contrato de Salud.

El F-AM-01, Declaración Jurada de Salud y el F-GC-32, Titularidad, podrá ser firmado por el nuevo Titular al finalizar el proceso, juntamente con el F-GC-01, Contrato de Salud.

12. ANEXO A NOMBRE DE TERCEROS

Conforme al P-GG-01, Asesoramiento y Afiliaciones, Punto 3.3.4, Anexo a Nombre de Tercero.

13. CAMBIO DE RESPONSABLE DE CONTRATO

El proceso de cambio de responsable de contrato se realiza de la siguiente forma:


- a) Se completa el F-GO-02, Solicitud, con los datos del nuevo responsable del contrato, y las especificaciones del pedido.
- b) El Asesor del Beneficiario entrega o remite el F-GO-02, Solicitud, al Departamento de Afiliaciones para el proceso.

En caso de que el Titular solicite ser responsable del contrato, se procederá a gestionar las firmas conforme a lo detallado en el P-GG-01, Asesoramiento y Afiliación, punto 3.3 Documentación de Ingreso.

14. CAMBIO DE GRUPO POR MES DE RENOVACION O CON CONTRATO VIGENTE

14.1. Baja o Exclusión de Beneficiario.

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 11 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

El proceso de baja del Beneficiario se aplica en los casos que se solicite la desvinculación de este por mes de renovación. En estos casos, se realizan las actividades previstas en este procedimiento para el proceso de Baja de Adherente a pedido del Titular. 8.4.2

La exclusión de un Beneficiario con contrato vigente no tendrá variaciones en el monto de la cuota. dentro del grupo en el que se encuentra actualmente, salvo que dicho Beneficiario conforme otro grupo familiar y/o individual.

- a) Se completa el F-GO-02, Solicitud o recibe comunicación escrita (nota o medios digitales) en el que solicita la exclusión del Beneficiario (contrato vigente)
- b) Se presenta a la Jefatura de Atención al Beneficiario o a la Gerencia General o a la Gerencia de Operaciones para indicar la cuota final del grupo.
- c) Se presenta o envía el F-GO-02, Solicitud o reenvía correo electrónico de autorización al departamento de Afiliaciones para su proceso.
- d) Se gestiona la firma del Titular en el F-GC-18, Exclusión de Adherente del contrato de Servicios de Salud.

Observación: En caso de que el titular haya dado su conformidad de exclusión por algún medio digital, el F-GC-18, Exclusión de Adherente podrá ser regularizado en un plazo de hasta 8 días hábiles.

14.2. Inclusión de adherente por cambio de grupo:

14.2.1. Grupo Existente:

Se realizan las actividades previstas en este procedimiento para el proceso punto N°7, Inclusiones, a excepción del llenado de la F-AM-01, Declaración Jurada de Salud para los casos de continuidad de vigencia en el mismo plan.

En los casos de mujeres en edad fértil (12 a 45 años) que NO cuenten con la cobertura de maternidad se mantienen los requisitos solicitados en el punto N° 7 Inclusiones.

14.2.2. Grupo Nuevo:


a) Documentos requeridos:

- F-GO-02, Solicitud con los datos del Beneficiario que será Titular del nuevo grupo.
- F-AM-01, Declaración Jurada de Salud.
- Se presenta la Jefatura de Atención al Beneficiario o Gerencia General o Gerencia de Operaciones para indicar la cuota final.
- Se deriva al Departamento de Afiliaciones para su proceso.
- Se gestiona la firma del Titular en el F-GC-01, Contrato de Salud.

El F-AM-01, Declaración Jurada de Salud y el F-GC-32, Titularidad, si correspondiere, podrá ser firmado por el nuevo Titular al finalizar el proceso, juntamente con el F-GC-01, Contrato de Salud.

En caso de Cambio de grupo (Con contrato vigente) a un Plan de mayor cobertura, se solicita autorización vía correo electrónico a la Gerencia General o Gerencia Operativa o Auditoría Médica.

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 12 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

15. REACTIVACION O EXTENSIÓN DE CONTRATO

15.1 Reactivación:

Cuando el grupo o adherente se encuentra en Estado de Baja dentro del mes de renovación. (Antes de los 30/31 días)

a) Documentos requeridos:

- Se recibe el F-GO-02, Solicitud o comunicación escrita (nota o medios digitales) en el que solicita la reactivación del adherente o del grupo.
- Se actualiza la cédula de identidad en caso de estar vencida.

Para los casos de Reactivación hasta los 60 días (reactivación de grupo o adherente), el mismo puede ser procesado con la autorización de la Gerencia General o Gerencia Operativa vía correo electrónico, Hoja 2 del F-GO-02, Solicitud o registrando en la novedad del grupo.

15.2 Extensión de contrato:

Cuando el grupo o adherente se encuentra en Estado de No Renovado o Baja una vez transcurrido el mes de renovación. (Superior a 30/31 días)

a) Documentos requeridos:

- Se recibe el F-GO-02, Solicitud o comunicación escrita (nota o medios digitales) en el que solicita la extensión del adherente o del grupo.
- F-AM-01, Declaración Jurada de Salud. Se solicitará a mujeres en edad fértil (12 a 45 años) a partir de extensión 60 días). Posteriormente se presenta al Departamento de Auditoría Médica, quien verifica según P-AM-01, Auditoría Médica.
- Se entrega a la Jefatura de Atención al Beneficiario o a la Gerencia General o a la Gerencia de Operaciones, quien verifica e indica la cuota.
- Se entrega al Departamento de Afiliaciones para su proceso.
- Se gestiona la firma del Titular en el F-GC-04, Contrato de Servicios de Salud – Extensión y en el F-GC-01, Contrato de Salud

La firma del F-AM-01, Declaración Jurada de Salud podrá ser regularizada junto con la firma del F-GC-04, Contrato de Servicios de Salud – Extensión, realizando el llenado del F-AM-01, Declaración Jurada de Salud previamente vía llamada telefónica.


En caso de que la información del F-AM-01, Declaración Jurada de salud proporcionada vía telefónica por el Beneficiario, difiera de los datos presentados en la regularización del documento, se derivará al Departamento de Auditoría Médica para verificación.

Para los casos en el cual la extensión de contrato supere los 60 días el mismo puede ser procesado con la autorización de la Gerencia General o Gerencia Operativa vía correo electrónico, Hoja 2 del F-GO-02, Solicitud o registrando en la novedad del grupo.

15.3. Renovación directa

Para los casos de confirmación de renovación posterior al cierre hasta 15 días posteriores al mes de vencimiento **dentro del mes de renovación, (Hasta el último día hábil del mes de renovación)** se podrá realizar la renovación directamente con la firma del contrato, siempre y cuando sean en las mismas condiciones de la renovación inicial.

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 13 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

- El Asesor recibe el F-GO-02, Solicitud o comunicación escrita (nota o medios digitales)
- Remite la documentación al Departamento de Afiliaciones para su proceso.

Para los casos de renovación directa con modificaciones en la misma (Ej.: cambio de plan a un plan inferior, baja de adherente/s o cambio de titularidad) se debe presentar a Gerencia Operativa o Auditoría Médica para verificación.

16. MODIFICACIONES VARIAS

16.1 Reimpresiones de credenciales:

En oficina:

- Se recibe el pedido del Beneficiario
- Se remite el pedido al Departamento de Afiliaciones
- El Asesor solicita al Departamento de Cuentas Corrientes la emisión de la Factura.
- El beneficiario abona el monto en la caja y posteriormente el Asesor entrega la/s credencial/es.

Vía Courier o interior del país:

- Se recibe el pedido del Beneficiario
- Se remite el pedido al Departamento de Afiliaciones
- El Asesor solicita al Departamento de Cuentas Corrientes la emisión de la Factura.
- El Asesor solicita al Beneficiario el pago a través de las bocas de cobranzas.

En ambos casos (oficina y Courier) se podrá aplicar el monto de reimpresión a la cuota y pago de envío para grupos con el sistema de pago por Débito Automático (Costo de reimpresión Gs. 10.000 y costo de envío de credencial/es Gs. 20.000 adicional).

La Jefatura de Atención al Beneficiario podrá exonerar los costos de reimpresión y/o de envío en casos excepcionales remitiendo un correo electrónico al Departamento de Afiliaciones y Cuentas Corrientes.

17. REASEGURADORA DE ALTA COMPLEJIDAD


Conforme al P-GG-01, Asesoramiento y Afiliaciones, Punto 3.2.12, Reaseguro de Alta Complejidad.

18. ASISTENCIA AL VIAJERO

El Asesor realiza los siguientes pasos:

- Recibe del Beneficiario el F-GO-02, Solicitud o comunicación escrita (nota o medios digitales)
- Registra en Novedades del Grupo del sistema informático, ítem ASIS- Asistencia al viajero, tildando cada adherente que va a adquirir el servicio y asignando el monto por grupo familiar o por adherente conforme a precio establecido y composición del grupo, en caso de que la cobertura se deba aplicar en fecha diferente cierre del padrón (9 de cada mes) se debe tildar el ítem "tipo de servicio: excepcional" y cargar la fecha correspondiente (considerar el

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 14 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

periodo mínimo de 72 hs. hábiles antes al viaje y en el horario de las 15:00hs. como máximo).

- c) Deriva la gestión a la Jefatura de Atención al Beneficiario para su aprobación, la Jefatura de Atención al Beneficiario verifica y aprueba el alta derivando nuevamente al asesor para continuar con la gestión. (De esta forma ya queda tildado en el padrón para que Afiliaciones genere el listado actualizado del padrón al cierre).
- d) El Asesor emite el F-GC-13, Asistencia al Viajero, el Manual resumido para Utilización del servicio de Asistencia al Viajero y Descripción de Cobertura, posteriormente, solicita la facturación al Departamento de Cuentas Corrientes con copia al Departamento de Afiliaciones.

El Departamento de Afiliaciones registra y deriva al Asesor del Beneficiario como documento pendiente el F-GC-13, Asistencia al Viajero.

- e) El Asesor del Beneficiario gestiona la firma del F-GC-13, Asistencia al Viajero y remite al área de Afiliaciones para digitalización y archivo.

18.1. Reembolso de Asistencia al Viajero

Para los casos de reembolsos, el Beneficiario debe ingresar a la Página Web de Universal Assistance y completar los datos requeridos en la misma.

19. BAJAS DE ASISTENCIA AL VIAJERO Y ALTA COMPLEJIDAD

- a) Se recibe el F-GO-02, Solicitud de Cancelación o comunicación escrita (nota o medios digitales).
- b) Se carga en el sistema informático por Adherente ítem Baja de Asistencia al Viajero o Baja en Servicio Alta complejidad.

Una vez vencido el contrato y sin confirmación de continuidad por parte del Titular, el Asesor registra la baja en el sistema informático.

En caso de baja anticipada del servicio de Alta Complejidad se debe solicitar a la reaseguradora vía correo electrónico, una vez recibida la confirmación o rechazo, el Asesor del Beneficiario informa al Beneficiario y al Departamento de Afiliaciones.


El Plan Máster Médico tiene incluido en el costo los servicios de Asistencia al Viajero y Alta Complejidad.

El Plan Galeno, tiene incluido en el costo el servicio de Asistencia al Viajero

20. REASEGURO UNIMED

Conforme a P-GG-01, Asesoramiento y Afiliación, punto 3.2.11_Reaseguro Unimed.

21. REASEGURO SANCOR

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 15 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

Se realiza conforme a lo especificado en el I-GG-08, Reaseguro SANCOR.

22. REASEGURO BEST DOCTORS

Se realiza conforme a lo especificado en el P-GG-08, Corporativo, punto 3.9 Reaseguro de Alta Complejidad Best Doctors.

~~REASEGURO SEGURIDAD SEGUROS (PLUS SALUD)~~

~~En los casos en los cuales el Beneficiario solicite acceder a mayor cobertura, el Asesor del Beneficiario ofrece el servicio de Reaseguro Seguridad Seguros (Plan Plus Salud).~~

~~El Asesor del Beneficiario facilita los datos del beneficiario a la reaseguradora para el asesoramiento correspondiente.~~

23. RENOVACIONES DE CONTRATOS

23.1. Contratos Individuales

Gestiones realizadas por la Jefatura de Atención al Beneficiario:

- a) Solicita al Departamento de Informática vía correo electrónico el listado de los grupos a renovar.
- b) Una vez recibido el Listado de los grupos a renovar, se realizan los ajustes correspondientes, aclarando las particularidades al remitir la planilla para evaluación de renovaciones de contratos.
- c) Se remite a la Gerencia General y Gerencia de Operaciones para análisis.
- d) La Gerencia General y/o Gerencia Operativa remite la planilla evaluada a la Jefatura de Atención al Beneficiario y al Departamento de Afiliaciones,
- e) El Departamento de Afiliaciones genera las cuotas en el sistema informático, e informa a la Jefatura de Atención al Beneficiario o al Asesor del Beneficiario asignado con las indicaciones y motivos de los grupos no generados, para la gestión correspondiente.
- f) La Jefatura de Atención al Beneficiario distribuye a los Asesores del Beneficiario la planilla con los datos de renovación para Iniciar el contacto por renovaciones.

Dichas actividades son completadas en el F-GC-34, Registro de Actividades por Renovación.


Gestiones realizadas por los Asesores:

23.1.1 RENOVACIONES DE CONTRATO NO AUTOMÁTICAS:

a) Los Asesores contactan con los Titulares a través de medios digitales, informando las condiciones de la renovación del contrato, solicitando confirmación de renovación al Titular, dejando registro en el ítem Renovación de Contrato del sistema informático.

b) Una vez confirmada la renovación de contrato y reaseguro si correspondiere, el Asesor *del Beneficiario tilda en el sistema informático el "RENOVÓ SÍ"* y digitaliza la evidencia del envío

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 16 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

del F-GC-03, Normas Generales, el Anexo de Servicios, Servicios adicionales incluidos, Servicios opcionales y en el caso de contar con Reaseguros, se remite los documentos correspondientes, posteriormente carga la digitalización en el sistema informático.

c) El Asesor emite y gestiona la firma del Titular en el F-GC-01, Contrato de Salud y/o el F-GC-53, Recibo de Documento ATB (para casos impresos). Para los casos de firmas a través de ADOBE, el Asesor debe digitalizar en el sistema informático: Digitalizaciones, el F-GC-01, Contrato de salud firmado.

d) Antes de derivar la gestión de renovación al Departamento de Afiliaciones, el Asesor del Beneficiario deberá verificar la Cédula de identidad actualizada, y las digitalizaciones mencionadas más arriba. Las derivaciones al Departamento de Afiliaciones deberán realizarse bajo el asunto de: "CONTRATO FIRMADO PARA ACTUALIZACIÓN".

e) El orden de envío para firma por ADOBE debe ser de la siguiente manera:

- Anexos varios (Anexo a nombre de terceros, Sancor, Asistencia al Viajero, Alta complejidad entre otros)
- F-GC-01, Contrato de salud.

f) En el sector del sistema informático: AGREGAR DIG., se deberá seleccionar el tipo de documento "Contrato" y en el sector de "Comentario", se deberá especificar los tipos de anexos varios digitalizados.

g) La Jefatura o Asistente de Afiliaciones recibe, bajo las condiciones establecidas, el F-GC-01, Contrato de Salud y el F-GC-53, Recibo de Documento ATB firmados por el beneficiario (para casos físicos), caso contrario realiza la devolución al Asesor dejando registro en el sistema informático y archiva.

h) Para los casos de firmas electrónicas (ADOBE), al recibir la derivación desde el tipo de novedad RENOVACIÓN DE CONTRATO, el Asistente de Afiliaciones o Jefatura verifica las digitalizaciones y si se encuentra tildado el "RENOVÓ SI", una vez verificados los puntos mencionados, en el caso de cumplir las condiciones se actualiza en el sistema informático el "FIRMÓ SÍ"


24.1.2 RENOVACIONES AUTOMÁTICAS:

a) ~~Verificar si la Cédula de Identidad del firmante del contrato se encuentra vigente, en caso de requerir actualización, el Asesor del Beneficiario digitaliza la Cédula de Identidad actualizada en el Grupo del Beneficiario bajo el ítem: CÉDULA.~~

b) ~~Ingresar a OAMI WEB desde el enlace: <https://10.10.1.81:8443/OamiWeb/> y seguir los siguientes pasos:~~

- ~~1. Clic en ATENCIÓN AL BENEFICIARIO.~~
- ~~2. Clic en CONSULTA DE CONTRATOS.~~

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 17 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

- ~~3. Buscar por NRO. GRUPO.~~
- ~~4. Clic en IMPRIMIR CONTRATO.~~
- ~~5. Clic en TIPOS DE CONTRATO.~~
- ~~6. Clic en NOTA DE RENOVACION.~~
- ~~7. Se descarga el PDF, y se adjunta al correo electrónico del firmante del contrato para su envío.~~
- ~~8. Una vez recibida la confirmación por correo electrónico, el Asesor del Beneficiario digitaliza la misma y la NOTA DE RENOVACIÓN remitida en el grupo bajo el ítem NOTA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE CONTRATO, e informa al Departamento de Afiliaciones para tildar el FIRMÓ SI.~~
- ~~9. El Departamento de Afiliaciones verifica los siguientes puntos:~~
 - ~~— La digitalización de Nota de Renovación y~~
 - ~~— La actualización de la Cédula de Identidad del firmante del contrato (si requiere)~~
 - ~~— La confirmación del Titular.~~

En caso de cumplir las condiciones, tilda el FIRMÓ SI.

- c) ~~Tener en cuenta para los casos de Estado A y CC se realiza el siguiente cálculo:~~

		Cuota mensual por grupo
Titular	TITULAR DEL GRUPO (ASEGURADO)	ESTADO DE CUENTA CUOTA CONCEPTO 3001
Otros servicios:	<u>ASISTENCIA AL VIAJERO: CONCEPTO 3301</u> <u>SANCOR CONCEPTO: 3307</u> <u>PLUS POR PREEX CONCEPTO: 3606</u> <small>(No debe sumar ALTA COMPLEJIDAD CONCEPTO 3303,3304,3308)</small>	
Total:	TOTAL = CUOTA + OTROS SERVICIOS MONTOS IVA INCLUIDO	

~~Todos los montos incluyen IVA.~~

- d) ~~Notas en Estados GC: Para los casos en estado GC se remite el siguiente texto vía correo electrónico:~~

~~Asunción, ... del mes de de ...~~

~~-~~


~~Sr./ Sra.:~~

~~Dirección:~~

~~Titular/Responsable Grupo Nro.:~~

~~Estimado Beneficiario:~~

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 18 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

Nos dirigimos a Usted en representación de la Organización de Asistencia Médica Integral Sociedad Anónima (OAMI S.A.) a fin de informarle que el Contrato de Servicios de Salud Nro. del Plan de Salud vigente en la actualidad entre las partes, se encuentra próximo a su vencimiento, en fecha

Para que éste pueda ser renovado por otro periodo anual, Usted debe estar al día con el pago de las cuotas, una vez abonado le será informado el monto de la cuota por renovación.

-

Le recordamos los medios de pago habilitados, se adjunta imagen.

=

Hacemos propicia la ocasión para renovar nuestro compromiso de mejora continua del servicio, así como expresar nuestro agradecimiento por la confianza puesta en la empresa.

Saludos Cordiales.

Una vez que el Titular se ponga al día con su/s cuota/s pendiente/s, se tramitará la firma a través del F-GC-01, Contrato de Salud.

Los servicios incluidos en la nota que ya no requieren de ningún tipo de firma de anexo y es suficiente con la confirmación por correo electrónico son:

- *Asistencia al viajero
- *Sancor
- *Plus por preexistencia
- *Alta Complejidad
- *UNIMED


Los mismos se suman al final de la nota.

*Los Asesores del Beneficiario deben adjuntar las notas de renovación descargadas del sistema informático al correo electrónico declarado por el Encargado del Contrato con el siguiente texto sugerido (puede contener variables o correcciones de acuerdo a las indicaciones de la jefatura):

Estimado/a Beneficiario/a:-

OAMI S.A., le recuerda que su contrato de salud finalizará el próximo _____ de 202___, se adjunta nota con el detalle de la renovación, que se hará efectiva al recibir su confirmación al presente correo.

Puede ampliar la cobertura de su plan con los siguientes servicios adicionales con costo:

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 19 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

- Alta Complejidad: cirugías complejas y cobertura en el exterior (Argentina/Brasil).
- Asistencia al Viajero: urgencias/emergencias en cualquier parte del mundo.
- Reaseguro Sancor: indemnización por cirugías.

Si se encuentra interesado, no dude en contactarnos.

Le agradecemos la confianza puesta en nuestra organización y quedamos a la espera de su confirmación.

Observaciones Generales:

- 1- Los correos electrónicos remitidos al firmante del contrato se deben de poner en copia al correo institucional: oamisa@oami.com.py.
- 2- El envío debe ser como máximo 30 días hábiles previos al vencimiento de contrato. Se registra en el sistema informático ítem NOTA DE RENOVACIÓN AUTOMÁTICA DE CONTRATO todas las notificaciones y contactos con el beneficiario por este motivo.
- 3- Para los casos de retrasos (Courier) con los recuperos de Notas de Renovación impresas y F-GC-01, Contrato de Salud, se considerará válido la imagen/foto recibida por parte del Titular con la firma correspondiente, con el fin de que el Departamento de Afiliaciones tilde el FIRMÓ SI, con la condición de regularizar posteriormente (dentro de los 15 días posterior al vencimiento de contrato).
- 4- Para los casos de Renovaciones en formato impreso, se colocará el sello de "Firma del Responsable" en la Nota de Renovación.

23.1.3 Renovaciones de Contrato y Anexos a Nombre de terceros a favor de empresas

Para casos de cambio de firmantes Asesor del Beneficiario debe presentar:

- Acta de asamblea
- Estatutos
- Cédula de identidad del representante legal.


Los mismos deberán tener el visto bueno de Asesoría Legal para remitir al Departamento de Afiliaciones para el proceso correspondiente.

El Asesor del Beneficiario deberá solicitar la empresa los siguientes datos:

- Empresa:**
- RUC Empresa:**
- Encargado:**
- CI Encargado:**
- Dirección:**

Una vez finalizado el proceso, se emitirán el F-GC-01, Contrato de Salud y el F-GC-06, Anexo a Nombre de Tercero.

23.2 Consideraciones de Cuota

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 20 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

- a) El Asesor del Beneficiario registra en el F-GC-39, Consideraciones de Cuota, el pedido del titular para la evaluación correspondiente por la Gerencia General o Gerencia Operativa en caso de ausencia.
- b) La Jefatura de Atención al Beneficiario podrá aprobar consideración hasta el monto de 50.000 gs. Si supera este monto o se trata de un caso especial, se solicita por medios digitales o remisión del F-GC-39, Consideraciones de cuota, a la Gerencia General o Gerencia de Operaciones quienes indican el monto considerado.
- c) La Jefatura o el Asesor del Beneficiario remite la consideración de cuota autorizada al Dpto. de Afiliaciones para su proceso.
- d) El Asesor comunica el monto considerado al titular para su confirmación, y procede al registro de la novedad en el sistema informático.
- e) Una vez aceptado el monto considerado, se procede a renovar el contrato.

23.3. Contratos Corporativos

Conforme al P-GG-08, Corporativos, punto 3.6, Renovaciones Corporativas y Convenios.

24. REEMBOLSO

Conforme al I-GG-02, Reembolso.

25. SOLICITUD DE DESGLOSE DE CUOTA POR ADHERENTE

Para los casos en los cuales el Titular solicite el costo de cuota por cada adherente, el Asesor deriva vía sistema informático a la Jefatura de Atención al Beneficiario:

La Jefatura del Beneficiario ingresa el ítem del sistema informático Consulta de Contrato → Desglose de precio, indica el rango de fecha y selecciona la opción Calcular, posteriormente verifica los montos calculados, dictamina de acuerdo con criterios definidos (utilización, composición, rango etario, precio de lista, entre otros) y deriva vía sistema informático al Asesor del Beneficiario para la comunicación correspondiente.


26. DEVOLUCIÓN DE CUOTA

La devolución de cuota se gestiona en los siguientes casos:

- a) Fallecimiento de titular - Solicitado a Cuentas Corrientes: (en caso de reclamo de hijos, cónyuge o representante legal) o adherente/s posterior al pago anual de cuotas:

Continuidad de adherentes Activos: La Jefatura de Atención al Beneficiario indica el monto de la cuota de acuerdo con el ítem 23 Solicitud de desglose de cuota por adherente del presente procedimiento y al siguiente cuadro:

Crterios	Guaraníes
Cuota de Adherente	
Menos Descuento de 6.5 % por Pago al Contado	
Menos Gastos Administrativos	
Total a devolver por MES (IVA incluido)	

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 21 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

- b) Embarazo interrumpido (pérdida) posterior al pago de Prima de maternidad - Solicitado a Gerencia Operativa o Gerencia General en caso de ausencia.

27. DOCUMENTOS PENDIENTES

El Asesor del Beneficiario debe realizar seguimiento a los documentos pendientes derivados del área de Afiliaciones.

Para el cobro de comisiones del Asesor del Beneficiario se tendrá en cuenta las condiciones establecidas por la Jefatura de Atención al Beneficiario.

Se excluirán de la lista de documentos pendientes los casos que cuenten con F-GG-17, Reporte de Salida no conforme autorizados por las instancias correspondientes de acuerdo con el dictamen establecido.

Para el seguimiento de los mismos, se deberá listar del sistema informático:
 Informes Operativos → Listado de casos pendientes.

28. GESTIONES DE MARKETING DIGITAL

Para estos casos se procede conforme al I-GG-10, Gestión de Marketing Digital.

DOCUMENTOS Y REFERENCIAS

P-GG-01, Asesoramiento y Afiliación.

P-GG-08, Corporativos

P-AM-01, Auditoría Médica


I-GG-02, Reembolso

I-GG-08, Reaseguradora SANOR.

I-GG-10, Gestión de Marketing Digital.

Registros	Departamento	Tiempo de Retención
F-AM-01, Declaración Jurada de Salud.	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-07RP-AM-04 Control Pre Admisional	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GO-02, Solicitud	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-04, Contrato de Servicios de Salud – Extensión	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-08, Inclusión	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-53, Recibo de documentos ATB	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-11 , Permiso	Afiliaciones Archivo Digital	3 años

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada

	SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD	Versión: 36 Código: P-GC-01 Fecha: 05/05/2026 Página 22 de 22
	ATENCION AL BENEFICIARIO	

F-GC-12, Solicitud de Reembolso	Contabilidad	3 años
F-GC-13, Asistencia al Viajero.	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-14, Contrato de Cobertura Médica de Alta Complejidad	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-15, Contrato de Cobertura Médica de Alta Complejidad - Plan Máster Médico	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-18, Exclusión de Adherentes del Contrato de Servicio de Salud	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-19, Solicitud de Cancelación de Servicios	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-24, Nómina de Beneficiarios - Planes Corporativos.	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-31, Titularidad	Afiliaciones Archivo Digital	3 años
F-GC-34, Registro de Actividades por Renovación – Atención al Beneficiario.	Atención al Beneficiario Archivo Digital	3 años
F-GC-39, Consideraciones de cuota.	Atención al Beneficiario Archivo Digital	3 años
F-GC-42, Reembolso - Asistencia al Viajero.	Reaseguradora	n/a
F-GG-33, Registro de procesos de Atención al Beneficiario – Afiliaciones	Archivo Digital	Permanente
F-GG-27, Registro de firma	Afiliaciones Archivo Digital	Permanente
F-GG-17, Reporte de Salida no conforme	Archivo Digital	Permanente

Confeccionado por
Jefe de Departamento

Revisado por
Gerente de Área

Aprobado por
Gerencia General

En caso de ser impreso, adquiere categoría de Copia no Controlada