

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

Alta Modificación



Nº

Promotor Nro. de socio Directo Obligatorio Monotributo Convenio Complementación

DATOS DE LA EMPRESA

Razón social: CUIT: N° de unidad de facturación
Grupo empresario al que pertenece la empresa: Nombre y apellido del referente de RRHH de la empresa:
Teléfono de la empresa: E-mail de la empresa:
Modalidades de pago de la empresa: Hasta un plan determinado Aporte de ley Otros

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE TITULAR

1 Apellido: Nombres: Sexo: Femenino Masculino
CUIL/CUIT: Tipo de doc: Nro.:
Profesión: Fecha de nacimiento: Nacionalidad:
Estado civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a Unión convivencial (Concubinato) Cargo:
Condición ante el IVA Servicio de ambulancia Remuneración
Cobertura de salud actual Seguro de vida actual Seguro de retiro actual

Domicilio 1

Correspondencia Legal Credenciales por única vez

Calle: Nro.: Piso: Depto.:
Localidad: Código postal: Provincia: País:
E-mail: Teléfonos: Celular:

Domicilio 2

Correspondencia Legal Credenciales por única vez

Calle: Nro.: Piso: Depto.:
Localidad: Código postal: Provincia: País:
Filial / CAP de retención de credenciales (exclusivo filiales):

Acepto recibir en la dirección de correo electrónico informada todas las comunicaciones administrativas como las de carácter legal emitidas por OSDE, como el envío de facturación, notificaciones sobre modificaciones en la cuota mensual, novedades sobre el servicio, etc., independientemente del uso de otros medios como el domicilio de correspondencia o teléfonos celulares. Los datos de contacto informados tendrán validez hasta tanto comunique cambios a través de los canales habilitados.

DATOS DE AFILIACIÓN DEL SOLICITANTE TITULAR

Vigencia: Plan de servicio: Motivo de cambio de plan:
 Económicos Por servicios médicos Motivo desconocido Sumatoria aportes / Pluriempleo

IDENTIFICACIÓN DE LOS SOLICITANTES FAMILIARES

2 A/M Apellido: Nombres: Sexo: Nacionalidad:
Tipo de documento: Nro. de documento / CUIL: Fecha de nacimiento: Vigencia: Parentesco:
3 A/M Apellido: Nombres: Sexo: Nacionalidad:
Tipo de documento: Nro. de documento / CUIL: Fecha de nacimiento: Vigencia: Parentesco:
4 A/M Apellido: Nombres: Sexo: Nacionalidad:
Tipo de documento: Nro. de documento / CUIL: Fecha de nacimiento: Vigencia: Parentesco:

SOLICITUD DE DÉBITO AUTOMÁTICO

Tarjeta de crédito: Tarjeta Número de tarjeta Vencimiento (MM-DD-AAAA)
Cuenta bancaria: CBU En caso de reafiliación mantener cuenta anterior

SOLICITUD DE ACREDITACIÓN EN CUENTA PARA COBRO DE REINTEGROS

Por la presente informo/informamos a esta organización que a partir de la fecha, acepto/aceptamos operar con el sistema de acreditación automática en cuenta bancaria como medio de pago de los reintegros pedidos/presentados por mi parte a esta institución, solicitando que dichos importes se acrediten en la cuenta que aquí se detalla.

A - Alta M - Modificación CBU CUIL/CUIT del titular de la cuenta

1º TITULAR DE LA CUENTA 2º TITULAR DE LA CUENTA

La acreditación de los reintegros en la cuenta indicada tendrá efectos cancelatorios y libera a OSDE de la responsabilidad por eventuales perjuicios que pudieran derivarse por depreciación monetaria, demoras en la extracción u otras consecuencias adversas ajenas a la Obra Social.

ADJUNTA DOCUMENTACIÓN DE

Jerarquización (5.3) Traspaso jerárquico (5.9) Traspaso sindical Sumatoria Danet Pluriempleo Monotributo Subsidios

Los datos aportados forman parte de un banco de datos de OSDE, con domicilio en L. N. Alem 1067 piso 9 CABA y serán tratados para brindar servicios a los asociados. El titular de los datos personales no se encuentra obligado a proporcionar datos sensibles. Asimismo, el titular se responsabiliza por la exactitud de los datos proporcionados. El titular de los datos personales tiene la facultad de ejercer el derecho de acceso a los mismos en forma gratuita a intervalos no inferiores a 6 meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto conforme lo establecido en el artículo 14, inciso 3 de la Ley Nº 25.326. La DIRECCIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES, Órgano de control de la Ley Nº 25.326, tiene la atribución de atender las denuncias y reclamos que se interpongan con relación al incumplimiento de las normas sobre protección de datos personales. Declaro que he tomado conocimiento y en consecuencia acepto las condiciones generales obrantes al dorso o adjuntas a la presente solicitud de afiliación y las normas generales contenidas en la cartilla de prestadores del plan de servicio elegido, cuyo ejemplar me ha sido entregado. Declaro bajo juramento que los datos que constan en esta solicitud de afiliación - el que comprende los antecedentes de salud - son verdaderos y que la consecuencia de no proporcionarlos correctamente corren por cuenta de quien suscribe.

LUGAR Y FECHA DE PRESENTACIÓN

FIRMA DE LA EMPRESA SOLICITANTE

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

CONDICIONES GENERALES

Carácter de la solicitud de afiliación:

a) Para quienes deseen incorporarse como socios a un plan superador, ya sea en forma obligatoria (a través de empresa), como adherentes o Directos, la solicitud y los antecedentes de salud tienen carácter de declaración jurada, reservándose OSDE el derecho de rescindir la afiliación en caso de falsedad o inexactitud de los datos consignados.- La credencial provisoria entregada al solicitante no acredita afiliación, solo habilita provisoriamente a recibir consultas médicas, prácticas de baja complejidad y urgencias traumáticas y/o patológicas agudas (no preexistentes), incluso la internación si fuese necesaria, sin que ello implique aceptación de la solicitud.

b) En los casos de enfermedades preexistentes, tanto del titular como de un familiar a cargo, la afiliación se considerará aceptada cuando se manifieste conformidad con el valor diferencial correspondiente (arts. 10 y 12 de la Ley 26682).

En el caso de solicitudes de afiliación de personas mayores de 65 años se aplicará la cuota correspondiente a esa franja etaria.

El interesado podrá rescindir su solicitud cuando lo desee a través del mismo medio utilizado para su celebración.- Ley C.A.B.A 2817

Para asesoramiento gratuito en la Superintendencia de Serv. de Salud comunicarse al teléfono 0800-222-SALUD (72583).- Ley C.A.B.A 1997.

Cambios de plan: Tendrán vigencia a partir de la fecha de presentación o del 1º día del mes siguiente y se deberá permanecer, como mínimo, un año en el plan elegido.

Cuando se opte por ascender un plan, no habrá tiempo de espera para acceder a prestaciones del plan superior, salvo en prestaciones que estipulen en la cartilla un plazo determinado.

Cuando se opte por ascender dos planes, se deberá esperar 4 meses para obtener reintegros por internaciones clínicas, quirúrgicas y partos. En caso de utilizarse prestadores de cartilla, no habrá tiempos de espera, salvo para prestaciones en las que la cartilla así lo estipule. Para ascender más de dos planes se deberá contar con una antigüedad mayor a 24 meses, siendo indispensable la autorización previa de OSDE y cumplir los tiempos de espera fijados en la cartilla para determinadas prestaciones.

En cualquier caso, tanto para ascensos como para descensos de plan, es necesario un mínimo de un año de antigüedad en el plan vigente, aun cuando se trate del plan elegido al incorporarse a OSDE o en el que haya sido reubicado por cualquier motivo o razón. La opción de cambio comprende, sin excepciones, a la totalidad del grupo familiar.

Se encuentran totalmente excluidas de cobertura por parte de esta entidad: prestaciones no previstas en el PMO y en la Ley 24.901; internación de crónicos con excepción de intervenciones clínicas y/o quirúrgicas; prácticas y/o terapéuticas que no hayan superado la etapa experimental o no se encuentren avaladas por estudios de medicina basada en la evidencia. Si por cualquier circunstancia esta entidad debiese atender las prestaciones excluidas de cobertura, el servicio se otorgará a través del Plan 1-015, cualquiera fuese el plan elegido por el socio.

Condiciones generales para el pago de la cuota a través de débito automático

La aprobación del pago por débito automático estará supeditada a la decisión de OSDE y del emisor de la tarjeta. Entrará en vigencia a partir de la factura en la que aparezca la leyenda que indica que el saldo se debita en la cuenta correspondiente. Hasta ese momento se continuará abonando las facturas en la forma habitual. El resumen de cuentas de la tarjeta sirve como comprobante de pago.

En caso de que se solicite la baja del sistema, la misma se hará efectiva cuando no aparezca en la factura la leyenda de débito.

Las cuotas de OSDE -que por norma se cancelan a mes vencido- serán incorporadas en el resumen de la tarjeta durante el mismo mes. Dado que los vencimientos de los resúmenes no son uniformes, puede darse el caso en que deba abonarse con algunos días de anticipación a la fecha que OSDE fija como vencimiento, pero siempre se hará bajo la modalidad de mes vencido.

Al completar la solicitud es importante tener en cuenta que tanto el número de tarjeta como el número de cuenta y la CBU son datos distintos.

La falta de pago en término de una sola cuota implica morosidad y autoriza a OSDE a limitar las prestaciones al Plan 1-015, sin previa intimación o notificación, según el Programa Médico Obligatorio; sin perjuicio de rescindir la afiliación de ocurrir lo indicado en el art. 9 de la Ley 26682 y de reclamar los daños y perjuicios sufridos. Producida la desvinculación del afiliado, es obligación del mismo devolver la totalidad de las credenciales que oportunamente le enviara OSDE, sean éstas las propias o las de las personas que componen su grupo familiar.

Previsiones legales:

a) La Entidad podrá modificar los valores de las cuotas de los planes asistenciales, sin afectar el equilibrio en la relación entre las partes, previa autorización de la Superintendencia de Servicios de Salud, en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley 23.660 y de acuerdo a la Ley 26.682 (arts. 5 inc. g) y 17), cuando tal modificación obedezca a variaciones en la estructura de costos y cálculo actuarial de riesgos.

La modificación será informada con una antelación no inferior a 30 días hábiles (desde la fecha de notificación a la del vencimiento del pago) y el socio, en caso de no aceptarla, podrá rescindir sin cargo la contratación.

Sin perjuicio de lo anterior, los valores de cuota de los planes se modificarán en función de la cantidad de los integrantes del grupo y de la edad de los mismos. La bonificación de la cuota disminuirá cuando el afiliado alcance los 21, 28 y 36 años. A partir de los 65 años rige lo dispuesto en el artículo 12 de la Ley 26.682.

b) La Entidad podrá modificar parcialmente la nómina de prestadores y de prestaciones de sus cartillas, siempre que no se modifique el contenido prestacional de la cobertura y sin que el cambio altere el objeto del servicio o pudiere importar un desmedro en la calidad de los mismos comprometidos al momento de solicitar la afiliación.

La modificación podrá deberse, entre otras causas, a incremento de costos y/o servicios; alta y/o baja de tecnología y/o prestaciones; extinción de contratos con prestadores; imposibilidad de contratación o renovación de contratos; muerte, jubilación, disolución, cierre, quiebra o concurso, liquidación, etc. del prestador; condena por mala praxis profesional; prestación insatisfactoria del servicio y otros motivos serios y justificados de similar envergadura.

Las modificaciones serán notificadas con no menos de 60 días corridos de antelación y el afiliado tiene la posibilidad de rescindir sin cargo la contratación en caso de no aceptarlas.

c) La Entidad se subroga en todos los derechos del socio contra los terceros y/o sus aseguradores de responsabilidad civil por cuya acción u omisión este último haya sufrido lesiones que motiven la prestación de los servicios contratados.

Aclaración importante:

Tienen un tiempo de espera de 12 meses todas las prestaciones superadoras o complementarias al Programa Médico Obligatorio, Resol. 201-02 MS y modificatorias, conforme lo dispuesto por la Ley 26.682 y el Dec. Regl. 1993/11.

La atención de las afecciones preexistentes se brindará en el plan superador cuando se abone la cuota diferencial correspondiente (arts. 10 y 12 de la Ley 26.682). Si por cualquier circunstancia OSDE debiese cubrir las sin recibir la cuota diferencial, la atención se brindará en el Plan 1-015, sin considerar el plan elegido por el afiliado. El Plan 1-015 cumple con el Programa Médico Obligatorio de la Resol. 201/02 M. de Salud.

Las prestaciones se brindarán a través de los prestadores de la cartilla del Plan 1-015 durante el tiempo que en cada caso se indica y con los prestadores de la cartilla del plan superador elegido una vez cumplidos los plazos, según el siguiente esquema:

| Prestaciones | Por sistema cerrado | Por reintegros |
|--|-----------------------|----------------|
| Urgencias traumáticas y/o patologías agudas (no preexistentes) incluyendo la internación si fuese necesario. | Inmediatamente | sin reintegro |
| Consultas médicas. | Inmediatamente | 2 meses |
| Análisis de rutina, prácticas médicas de rutina que no requieran autorización previa. | Inmediatamente | 2 meses |
| Farmacia. | Al recibir credencial | sin reintegro |
| Odontología general y psicopatología. | Al recibir credencial | 2 meses |
| Prácticas médicas de diagnóstico y tratamiento que deriven de patologías no agudas. | 2 meses | 2 meses |
| Internaciones psiquiátricas. | 6 meses | sin reintegro |
| Cirugías ambulatorias, internaciones clínicas, quirúrgicas, de diagnóstico, programadas. | 6 meses | 6 meses |
| Internación por maternidad, prácticas y/o exámenes complementarios de diagnóstico y/o terapéuticos relacionados con la gestación y atención del recién nacido patológico. | 10 meses | 10 meses |
| Cirugía cardiovascular, angioplastia transluminal coronaria y/o periférica, cirugía endovascular, cateterismos, prácticas y/o exámenes complementarios de diagnóstico y/o terapéuticos relacionados con tales prestaciones. Estrabismo, cirugía refractiva y cobertura por prótesis odontológicas. | 12 meses (1) | 12 meses |
| Hemodiálisis, en los supuestos que su prescripción o necesidad sea sobrevenida o posterior a la incorporación a OSDE. Tratamiento de quimioterapia. Patologías preexistentes al ingreso, como el reemplazo total de cadera por artrosis, hernia de disco no traumática, cirugías reparadoras por patologías sucedidas antes del ingreso (previa autorización médica). Reintegros por Coberturas Especiales, como el fallecimiento de titular, cónyuge y/o hijos menores. | 12 meses (2) | 12 meses |
| Prestaciones de discapacidad Ley 24.901 | Al recibir credencial | sin reintegro |

(1) y (2) Para Planes 2-410, 2-450 y 2-510, se deberá leer 6 y 10 meses respectivamente.

* Para Planes 2-450 y 2-510 los tiempos de espera para reintegros serán equivalentes al sistema cerrado.

Existen prestaciones obligatorias de cobertura médica-asistencial; infórmese de los términos y alcances del Programa Médico Obligatorio en la siguiente dirección de internet: www.buenosaires.gov.ar. Ley CABA 2792.

Normas exclusivas para empresas:

Responsabilidad de las empresas: Toda modificación en las condiciones de trabajo del afiliado titular obligatorio (Distracto Laboral, Suspensión, etc.) deberá ser informada por la empresa, siendo ésta responsable de los importes devengados hasta la presentación correspondiente. Asimismo, la empresa es responsable del pago de las cuotas correspondientes a los planes superadores del PMO elegidos para su personal y los inherentes a cada grupo que hubieren incorporado.

Las empresas empleadoras serán responsables de observar el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución INOS 378/77 en cuanto a la calidad de personal jerárquico de quienes se afilien.

Nombre y Apellido:
DNI:

Nombre y Apellido:
DNI:

1- ¿Posee antecedentes de cirugías?

NO SÍ

NO SÍ

Tipo de cirugía:

Fecha:

Diagnóstico:

2- ¿Tiene colocado un marcapasos o cardiodesfibrilador?

NO SÍ

NO SÍ

3- ¿Tiene colocada una prótesis traumatológica?

NO SÍ

NO SÍ

Fecha:

Tipo de prótesis:

4- ¿Cuenta con antecedentes de enfermedades psiquiátricas?

NO SÍ

NO SÍ

¿Está actualmente en tratamiento psiquiátrico?

NO SÍ

NO SÍ

Diagnóstico:

Medicación:

Internaciones psiquiátricas:

Fecha:

5- ¿Tiene antecedentes de internaciones clínicas?

NO SÍ

NO SÍ

Fecha:

Motivo:

6- ¿Se encuentra realizando algún tratamiento (fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, terapia ocupacional, otros)?

NO SÍ

NO SÍ

¿Cuál/es?:

Diagnóstico:

Médico tratante:

Teléfono del médico:

7- Fecha de la última vez que se realizó estudios - análisis.

¿El resultado fue normal?

SÍ NO

SÍ NO

Si la respuesta es No, detalle el diagnóstico

8- ¿Padece enfermedades congénitas o hereditarias?

NO SÍ

NO SÍ

¿Cuál/es?:

9- ¿Ha recibido transfusiones de sangre?

NO SÍ

NO SÍ

Causa:

Fecha:

10- ¿Está embarazada?

NO SÍ

NO SÍ

11- Cantidad de hijos (Detallar cuántos hijos tiene cada integrante mayor de 14 años)

12- ¿Padece actualmente alguna enfermedad o alteración física que requiera estudios, cirugías o internaciones en los próximos 6 meses?

NO SÍ

NO SÍ

¿Cuál/es?:

13- ¿Tiene dificultades en la visión y/o en la audición?

NO SÍ

NO SÍ

¿Cuál/es?:

Diagnóstico:

14- ¿Ha presentado o presenta alguna de estas patologías: diabetes tipo 1 o 2, VIH, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, mal de Chagas?

NO SÍ

NO SÍ

Otras, ¿cuál/es?:

15- ¿Padece o padeció adicciones (drogas, alcohol, etc.)?

NO SÍ

NO SÍ

¿Cuál/es?:

¿Está o estuvo en tratamiento?

NO SÍ

NO SÍ

Fecha del tratamiento:

16- ¿Presenta trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia, obesidad)?

NO SÍ

NO SÍ

¿Cuál/es?:

17- Peso (kg)

18- Altura (m)

19- ¿Tiene, tuvo o está tramitando un certificado de discapacidad?

NO SÍ

NO SÍ

Fecha de vigencia (desde y hasta) del certificado:

20- ¿Padece o padeció alguna patología aparte de las mencionadas en los puntos anteriores ?

NO SÍ

NO SÍ

¿Cuál/es?:

Declaro bajo juramento que en la presente informé la totalidad de mis antecedentes de salud y/o de cada uno de los integrantes de mi grupo familiar, no habiendo omitido dato alguno, estando por lo tanto OSDE facultado para resolver el vínculo en caso de falsedad en los términos del Dec. Reg. 1993/11, art. 9, inc. b), el que también declaro conocer. Autorizo expresamente a OSDE a requerir información médica referida a mi persona y/o grupo familiar a cualquier prestador y/o institución de salud.

| | Nombre y Apellido: DNI: | Nombre y Apellido: DNI: |
|---|---|---|
| 1- ¿Posee antecedentes de cirugías? Tipo de cirugía: Fecha: Diagnóstico: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 2- ¿Tiene colocado un marcapasos o cardiodesfibrilador? | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 3- ¿Tiene colocada una prótesis traumatológica? Fecha: Tipo de prótesis: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 4- ¿Cuenta con antecedentes de enfermedades psiquiátricas? ¿Está actualmente en tratamiento psiquiátrico? Diagnóstico: Medicación: Internaciones psiquiátricas: Fecha: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 5- ¿Tiene antecedentes de internaciones clínicas? Fecha: Motivo: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 6- ¿Se encuentra realizando algún tratamiento (fonoaudiología, psicomotricidad, kinesiología, terapia ocupacional, otros)? ¿Cuál/es?: Diagnóstico: Médico tratante: Teléfono del médico: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 7- Fecha de la última vez que se realizó estudios - análisis. ¿El resultado fue normal? Si la respuesta es No, detalle el diagnóstico | SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> | SÍ <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> |
| 8- ¿Padece enfermedades congénitas o hereditarias? ¿Cuál/es?: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 9- ¿Ha recibido transfusiones de sangre? Causa: Fecha: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 10- ¿Está embarazada? | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 11- Cantidad de hijos (Detallar cuántos hijos tiene cada integrante mayor de 14 años) | | |
| 12- ¿Padece actualmente alguna enfermedad o alteración física que requiera estudios, cirugías o internaciones en los próximos 6 meses? ¿Cuál/es?: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 13- ¿Tiene dificultades en la visión y/o en la audición? ¿Cuál/es?: Diagnóstico: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 14- ¿Ha presentado o presenta alguna de estas patologías: diabetes tipo 1 o 2, VIH, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, mal de Chagas? Otras, ¿cuál/es?: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 15- ¿Padece o padeció adicciones (drogas, alcohol, etc.)? ¿Cuál/es?: ¿Está o estuvo en tratamiento? Fecha del tratamiento: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 16- ¿Presenta trastornos de la alimentación (bulimia, anorexia, obesidad)? ¿Cuál/es?: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 17- Peso (kg) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 18- Altura (m) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 19- ¿Tiene, tuvo o está tramitando un certificado de discapacidad? Fecha de vigencia (desde y hasta) del certificado: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |
| 20- ¿Padece o padeció alguna patología aparte de las mencionadas en los puntos anteriores ? ¿Cuál/es?: | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> | NO <input type="radio"/> SÍ <input type="radio"/> |

Declaro bajo juramento que en la presente informé la totalidad de mis antecedentes de salud y/o de cada uno de los integrantes de mi grupo familiar, no habiendo omitido dato alguno, estando por lo tanto OSDE facultado para resolver el vínculo en caso de falsedad en los términos del Dec. Reg. 1993/11, art. 9, inc. b), el que también declaro conocer. Autorizo expresamente a OSDE a requerir información médica referida a mi persona y/o grupo familiar a cualquier prestador y/o institución de salud.