

Otro Sí a las condiciones generales del Contrato de prestación de servicios Cooimea Medicina Prepagada S.A. para el Programa Oro - Oro Plus

Cooimea Medicina Prepagada S.A., aprobada mediante Resolución 1667 del 12 de Diciembre de 1997, de la Superintendencia Nacional de Salud, representada en este acto por su Gerente Regional, que en adelante se denominará **Cooimea Medicina Prepagada S.A.** por una parte; por otra parte **El (la) Contratante del Programa Oro, Oro Plus** identificado como aparece al pie de la firma, convienen modificar parcialmente el Contrato de la referencia en la siguiente forma:

1. **Cooimea Medicina Prepagada S.A.** amplía la cobertura de salud de las Usuarías embarazadas que cumplan los requisitos adicionales que se señalan a continuación:
 - 1.1 La Madre Gestante y Usuaría embarazada del **Programa Oro, Oro Plus** debe tener derecho a la Cobertura de Maternidad en los términos del Contrato Inicial. (Cláusula cuarta, numeral 7.3).
 - 1.2 Afiliación al **P.O.S. por medio de Cooimea E.P.S. S.A.** y posterior inscripción del bebé al **P.O.S.** conforme a la ley por medio de la misma **E.P.S.**
 - 1.3 El Bebé o Bebés (solo parto múltiple Gemelar) deben ser ingresados como Usuarios del **Programa Oro, Oro Plus** a partir de la semana Veintidós (22) y hasta la semana Veintiséis (26) de Gestación.
 - 1.4 El Bebé o Bebés (parto múltiple Gemelar) deben ser aceptados por **Cooimea Medicina Prepagada S.A.** previa práctica, por parte de la madre de una ecografía de tercer nivel con no más de ocho(8) días de practicada y se haya realizado, por lo menos, tres(3) controles prenatales.

Cooimea Medicina Prepagada S.A. cubrirá al bebé o bebés, las patologías congénitas y las pre-existencias, sin exigir períodos de carencia siempre y cuando se encuentren contemplados en las coberturas. Los exámenes y procedimientos serán cubiertos según lo contemplado en el Contrato de Prestación de servicios del **Programa Oro, Oro Plus**, según sus códigos y cláusulas.

Las cláusulas de las condiciones generales del contrato de prestación de servicios de **Cooimea Medicina Prepagada S.A.** no modificadas expresamente mediante el presente **OtroSi**, continúan vigentes.

Para constancia, el presente documento se firma por las partes que han intervenido, el día _____ del mes de _____ de 20 ____.

Cooimea Medicina Prepagada S.A.
Representante Legal
NIT. 805.009.741-0

El Contratante
Nombre(s)-y Apellido(s)
C.C./NIT.