

ENDOSO

Para formar parte y ser adherido al Contrato de Salud No. _____

Queda mutuamente entendido y convenido que por medio del presente endoso, se hace constar que bajo el contrato arriba descrito y por cuya cobertura se haya cobrado la prima acordada, el (los) afiliado (s) contrata (n) el Plan Cobertura Medicamentos Ambulatorios en Tipo de plan _____, con límite de _____, por persona/por año calendario, al _____, atendiendo a las condiciones establecidas en el Contrato de Salud No. _____.

A excepción de los cambios que se estipulan en el presente Endoso, todos los demás términos y condiciones del Contrato permanecen sin alteración.

Se excluyen de cobertura los medicamentos ambulatorios siguientes:

- 1) Anticonceptivos orales o inyectados
- 2) Estimulantes de apetito
- 3) Medicinas naturales
- 4) Medicamentos inmunomoduladores ni antiretrovirales
- 5) Medicamentos para bajar de peso
- 6) Medicamentos para disfunción sexual
- 7) Medicamentos biológicos
- 8) Medicinas para esterilidad o fertilidad
- 9) Medicinas de uso psiquiátrico
- 10) Leche o fórmulas infantiles
- 11) Material gastable o cualquier otro producto no medicinal
- 12) Medicamentos o productos con fines cosméticos o de embellecimiento

En testimonio de lo cual se ha dispuesto el presente Endoso para ser efectivo a partir del _____ (____) del mes de _____ (____) del año _____ (____).



Firma Autorizada Mapfre Salud ARS

Firma Autorizada contratante

La vigencia del beneficio de Medicinas Ambulatorias inicia con la vigencia del contrato y/o a su próxima fecha de facturación.