



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** EX-2018-24575864- -APN-GGE#SSS - ANEXO III - MEDICINA PREPAGA -  
FORMULARIO DE SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN ENTIDADES LEY 26.682

---

**ANEXO III**

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ENTIDADES LEY 26.682**

**OBRAS SOCIALES Y MEDICINA PREPAGA -**

Tipo de entidad que solicita inscripción

- Sociedades comerciales
- Cooperativas cuyo objeto sea brindar prestaciones de salud total o parcialmente
- Mutuales cuyo objeto sea brindar prestaciones de salud total o parcialmente
- Asociaciones civiles cuyo objeto sea brindar prestaciones de salud total o parcialmente
- Fundaciones cuyo objeto sea brindar prestaciones de salud total o parcialmente
- Obras sociales con planes adherentes, superadores y/o complementarios
- Personas físicas:

CUIT

Número de RNOS

Razón social

Registro de Persona Jurídica

- Jurisdicción
- Nombre de la Autoridad de Inspección de Persona Jurídica
- Número de Registro de Persona Jurídica

Registro INAES

- Número de matrícula INAES (sólo para Mutuales y Cooperativas)

Entidad concursada (SI/NO)

Domicilio legal

- Calle
- Nro de puerta
- Piso
- Dpto
- Localidad
- Código Postal
- Provincia

Otros datos

- Correo electrónico de contacto
- Teléfonos
- Sitio web
- Línea de consulta 0800

Datos de contacto para el trámite inscripción

- Apellido
- Nombres
- DNI
- Correo electrónico
- Teléfono fijo
- Teléfono celular

Máxima autoridad vigente o representante legal de la Sociedad

- Cargo
- Apellido
- Nombres
- CUIL
- Domicilio
- Calle
- Nro. puerta
- Piso
- Dpto.
- Localidad
- Código Postal
- Provincia
- Correo electrónico
- Teléfono particular
- Teléfono celular
- Acta de designación número
- Fecha de acta de designación
- Cargo vigente hasta
- Está inhabilitado en los términos del artículo 3° Ley 26.682 (SI/NO)
- Detallar en caso afirmativo

Ámbito geográfico prestacional

- Nacional

- Regional
- Provincial
- Local

#### Planes a comercializar

- Tipo de plan

Cobertura total PMO

Cobertura Parcial PMO

Plan Superador/Complementario de Obra Social (Completar sólo por Obras Sociales)

Plan Adherente de Obra Social (Completar sólo por Obras Sociales)

- Nombre del plan
- Usuarios comprendidos

Individual

Familiar

Corporativo

Otro

Detalle de Otro:

- Tipos de prestaciones del plan (sólo para cobertura parcial)

Odontología

Emergencias médicas y traslados sanitarios

Actividad en localidad única. Especificar cobertura.

#### Datos comerciales

- Capital social/suscripto
- Fecha cierre de ejercicio (DD/MM)