

## Intimación de Pago a Obra Social

Sr. DIRECTOR DE .....

CON COPIA A SUPERINTENDENCIA DE SALUD

Quien suscribe, y ante el silencio de mis anteriores misivas CD ..... de fecha ..... y CD ..... de fecha ..... Intimo plazo ..... hs. se establezcan las medidas necesarias para tratar la afección que padezco, según el médico tratante DEBIENDO llevar adelante un control exhaustivo por ante ..... Sin necesidad de viajar constantemente a ..... para autorizar las ordenes. Es necesario y ante la existencia de un convenio celebrado entre ustedes y dicha entidad que los controles sean efectuados sin necesidad de autorización PREVIA Y PERSONAL A LA CIUDAD ....., ya que por mi estado de salud esto resulta imposible. Desde los ..... años de edad sufro ....., he sido operado en varias oportunidades y con el correr del tiempo esta situación ha ido empeorando. En el mes ..... he debido efectuar un ..... por ante la ..... y al no poder concurrir a la ciudad de ..... para su debida autorización, debí solicitar un préstamo para abonar los costos que demandaba dicho estudio. He realizado innumerable cantidad de peticiones desde esa fecha, todos sin respuesta positiva alguna. Vuestra actitud de negarme la prestación mencionada es arbitraria, discriminatoria e ilícita, ya que contraviene la normativa vigente que garantiza mi derecho a una cobertura oportuna, integral y eficaz, todo ello conforme lo dispuesto por la Constitución Nacional, ley 23.592, ley 23660, Ley 23661, Res. /075/98 SSS y demás normas concordantes. Asimismo, debo someterme a una nueva operación programada para el mes de ..... y estudios los cuales son imposibles de afrontar. Ante vuestro incumplimiento, reitero las intimaciones realizadas, y les recuerdo que Vtra. Decisión de no llevar a cabo dicha intervención conspira contra mi estado de salud y me coloca en un estado de indefensión y abandono que puede traer serias consecuencias para mi integridad y vida, por lo que de no reponerme la cobertura solicitada los responsabilizo directamente de todas las consecuencias que se deriven de Vtra. Intempestiva actitud. Me reservo acciones por negligencia medica, mala praxis, abandono de persona, daños y perjuicios, denuncia ante la Superintendencia de Salud y demás acciones que pudieran corresponder.

QUEDAN DEBIDAMENTE NOTIFICADOS.