

## Reclamo ante Obra Social o Prepaga por la Cobertura de Medicamentos

\_\_\_\_\_ (completar con nombre y apellido de la persona que presenta la Carta Documento), DNI \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_ (completar con el n° de afiliado/a si la persona que presenta la Carta Documento es la persona con discapacidad.  
Si quien presenta la Carta Documento lo hace en representación de la persona con discapacidad, completar con: ?en representación de + nombre y apellido, DNI y número de afiliado/a de la persona con discapacidad?, por ejemplo: XXX XXX, DNI XXX, en representación de XXX XXX, DNI XXX, n° de afiliada XXX), le intimo a que en el plazo perentorio e improrrogable de 48 hs. de recibida la presente, se provea la cobertura total e integral (100%) de la siguiente medicación: \_\_\_\_\_ (detallar la medicación) de conformidad con el artículo 28 de la ley 23.661 y 38 de la ley 24.901. El pedido encuentra su fundamento \_\_\_\_\_ (completar según corresponda, por ejemplo: en el certificado médico que se acompaña). Dejo constancia de que se ha denegado en reiteradas oportunidades dicha petición.  
Todo ello bajo apercibimiento de iniciar las acciones judiciales correspondientes, en virtud de encontrarse vulnerado en el caso el derecho a la salud, de raigambre constitucional, reconocido en la normativa vigente (arts. 75 incs. 22, 23 y concordantes de la CN; arts. 25 y concordantes de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad; leyes 24.901, 23.660 y 24.754).  
QUEDA UD. DEBIDAMENTE NOTIFICADO