

XXX, X de abril de 2019.

Nombre de Obra Social o Prepaga

S. ____ / ____ D.

Ref.: Cobertura de medicamento para (Colitis Ulcerosa ó Enfermedad de Crohn ó Colitis Indeterminada) al 100%.

Me dirijo a Ud. en mi carácter de asociado N° XXXXXX, con DNI XXXXXXXX y persona con diagnóstico de Colitis Ulcerosa ó Enfermedad de Crohn ó Colitis Indeterminada, persona con discapacidad según certificado Ley 22.431 Nro. XXX a su disposición, y ante el ofrecimiento de cobertura parcial del medicamento prescripto para la delicada enfermedad que padezco, lo que me impide en la práctica el acceso al tratamiento vulnerando el acceso a la salud garantizado constitucionalmente y la finalidad misma de las Leyes 23.660 y 23.661 como también las empresas de medicina prepaga según se incluyen en las leyes de orden público 24.754 y 26.682 y 24.901, le solicito que en el plazo de 48 hs. tenga a bien rever su decisión conforme lo disponen las leyes mencionadas y el PMO, otorgando la cobertura integral de **ESPECIFICAR MEDICAMENTO** según prescripción médica que adjunto, bajo el criterio de alto costo y baja incidencia del PMO y el art. 6 de la Ley 26.689 de "Cuidado integral de la salud de las personas con enfermedades poco frecuentes". Todo ello bajo apercibimiento de iniciar las denuncias por ante la Superintendencia de Servicio de Salud y las acciones legales pertinentes por ante la justicia.

Saludo Atte.

Firma

Nombre y apellido

DNI

N° de afiliado