

**A la Obra Social de la Universidad Nacional del Litoral**

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D:

**(NOMBRE COMPLETO)**, DNI N° ....., con domicilio en .....,  
localidad: ....., Provincia de Santa Fe, , afiliado n° ....., se presenta ante Uds., a fin  
de reclamar lo siguiente:

**Hechos:** En atención a las dolencias que padezco requiero en forma urgente la  
siguiente cobertura médica para: ..... (poner servicios, tratamientos,  
prótesis, medicamentos o cualquiera que fuera en forma específica conforme lo prescribe el médico  
tratante, si son problemas de afiliación o cualquier otro, en forma precisa y concreta).

**Prueba:**

**Documental:** agregar copia de recetas, certificados, o cualquier  
documentación médica en que base su reclamo si la hubiere.

**Petición:**

**1. Por lo que solicito que cumpla en forma inmediata con mi reclamo, como  
parte de sus servicios y planes de cobertura médico asistencial, el Programa Médico Obligatorio  
vigente según Resolución del Ministerio de Salud de la Nación y el Sistema de Prestaciones Básicas  
para Personas con Discapacidad prevista en la ley 24.901 y sus modificatoria e incluso las mayores  
prestaciones comprometidas contractualmente.**

Por lo que en el plazo legal deberá informarme por escrito y en forma  
adecuada si va a acceder a la cobertura, su rechazo o su silencio será considerado al efecto y  
reclamaré en la vía administrativa y/o judicial mis derechos, más los daños que me ocasionen.

**2. Sanciones:** dado el menoscabo sufrido, conforme lo he expresado solicitaré en caso de rechazo le sea aplicada la multa y sanciones que correspondiere, en su máxima graduación, por el carácter de reincidente, la cuantía de los beneficios indebidamente obtenidos, su proyección económica, el peligro de su generalización para todos los usuarios, y la repercusión de estas infracciones atento la posición en el mercado.

**(NOMBRE COMPLETO)**

Firma: .....