|  |
| --- |
| **INSTRUCTIVO** |



**EL MODELO DE NOTA COMIENZA EN LA PÁGINA SIGUIENTE.**



**PARA PRESENTAR LA NOTA RECORDÁ LO SIGUIENTE:**

1. **Es un modelo**: puede modificarse en función de la situación de cada persona.
2. **Completalo en computadora**. Entre paréntesis, vas a encontrar datos que se incluyen a modo de guía. Si entre paréntesis hay ejemplos, elegí el que sea acorde a tu situación o completá el apartado de acuerdo a tu caso particular.
3. **No olvides borrar** **las líneas y todo aquello que está entre paréntesis y resaltado**, una vez que hayas completado la nota.

|  |
| --- |
|  **EJEMPLO****ANTES**:“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con nombre y apellido de la persona que presenta el pronto despacho)*, DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con el n° de afiliado/a si la persona que presenta la nota es la persona con discapacidad. Si quien presenta el pronto despacho 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: Juan Gómez, DNI XXX, en representación de María Gómez, DNI XXX, nº de afiliada XXX)*, en el marco…”**DESPUÉS**:Si lo presentás en nombre propio: “María Gómez, DNI 25.493.557, n° de afiliada 61.815, en el marco…”Si lo presentás en representación de la persona con discapacidad:“Juan Gómez, DNI 58.964.235, en representación de María Gómez, DNI 25.493.557, n° de afiliada 61.815, en el marco...” |

**REITERA PETICIÓN.**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(completar con lugar y fecha, por ejemplo: Córdoba, 5 de junio de 2019)*

**Al Sr./a Presidente/a**

**De la Superintendencia**

**De Servicios de Salud**

**S / D**

De mi mayor consideración,

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con nombre y apellido de la persona que presenta el pronto despacho)*, DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con el n° de afiliado/a si la persona que presenta la nota es la persona con discapacidad. Si quien presenta el pronto despacho 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: Juan Gómez, DNI XXX, en representación de María Gómez, DNI XXX, nº de afiliada XXX),* en el marco del expediente administrativo n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, me presento y digo:

 En virtud de la resolución dictada por este organismo en fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicar la fecha en la cual el organismo dictó la resolución)* y que me fuera notificada el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con la fecha en que recibiste la notificación de la resolución),* por medio de la cual se resolvió que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*completar con la decisión de la Superintendencia de Servicios de Salud),* vengo por el presente a reiterar que, en su carácter de organismo estatal responsable de regulación y control de los actores del sector salud, inste a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con el nombre de la obra social o prepaga)* a realizar el reintegro total e integral (100%) de lo abonado en concepto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con la prestación que se haya pagado, por ejemplo: “honorarios profesionales”, “medicamentos”, “prótesis”, etc.),* y a que en adelante realice el reintegro en tiempo y forma o, en su defecto, abone directamente a los prestadores y/o profesionales.

 Solicito en consecuencia proceda a revisar su decisión, proveyendo positivamente lo aquí peticionado. Finalmente, solicito que tenga a bien dar respuesta por escrito a la presente solicitud.

Sin otro particular y a la espera de su pronta respuesta, lo/a saludo cordialmente.

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(firma y aclaración de la persona que presenta el reclamo)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con los datos de contacto de la persona que presenta el reclamo: teléfono, correo electrónico y/o domicilio)*