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



 **EL MODELO DE RECLAMO COMIENZA EN LA PRÓXIMA PÁGINA.**



**PARA PRESENTAR EL RECLAMO RECORDÁ LO SIGUIENTE:**

1. **Es un modelo**: puede modificarse en función de la situación de cada persona.
2. **Se basa en la ley 24.901**: si tu obra social es provincial y tu provincia no adhirió al régimen de la ley, tenés que fundarlo en la ley provincial que regula las prestaciones que se brindan a las personas con discapacidad.
3. Si tenés **problemas con más de una prestación, podés armar un solo reclamo** que distinga con claridad los inconvenientes y argumentos aplicables a cada petición.
4. Al presentar la nota, **solicitá el número de expediente administrativo** que se le haya asignado **y un número telefónico** para realizar el seguimiento de tu reclamo.



**¿CÓMO COMPLETAR EL RECLAMO?**

1. **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.
2. **No olvides borrar** las líneas y todo aquello que está entre paréntesis y resaltado, una vez que hayas completado el reclamo.

|  |
| --- |
|  **EJEMPLO****ANTES**:“\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con nombre y apellido de la persona que presenta el reclamo)*, DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con el n° de afiliado/a si la persona que presenta el reclamo es la persona con discapacidad. Si quien presenta el reclamo 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)* me dirijo…”**DESPUÉS**:Si lo presentás en nombre propio: “María Gómez, DNI 38.964.235, n° de afiliada 61.815, me dirijo…”Si lo presentás en representación de la persona con discapacidad:“Juan Gómez, DNI 25.493.557, en representación de María Gómez, DNI 38.964.235, n° de afiliada 61.815, me dirijo...” |

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

*(completar con lugar y fecha, por ejemplo: San Juan, 7 de diciembre de 2019)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** *(completar con el nombre de la obra social / empresa de medicina prepaga)*

**S / D**

De mi mayor consideración,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*completar con nombre y apellido de la persona que presenta el reclamo*), DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*completar con el n° de afiliado/a si la persona que presenta el reclamo es la persona con discapacidad. Si quien presenta el reclamo 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*) me dirijo a Ud. a fin de solicitar que se realice el reintegro total e integral (100%) de lo abonado en concepto de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con la prestación que hayas pagado, por ejemplo: “honorarios profesionales”, “medicamentos”, “prótesis”, etc.)*, en un plazo máximo de 5 a 10 días hábiles desde la recepción de este reclamo. Asimismo, solicito que en adelante se realice el reintegro en tiempo y forma o, en su defecto, se abone directamente a los prestadores y/o profesionales. De lo contrario, se iniciarán las acciones legales correspondientes.

1. **Hechos**

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (completar con: “Soy” si la persona que presenta el reclamo es la que necesita la prestación. Si quien lo solicita lo hace en representación de la persona con discapacidad, completar con: nombre y apellido de la persona que requiere la prestación + “es”)*  una persona condiscapacidadconforme se acredita con la copia simple del Certificado Único de Discapacidad que se adjunta a la presente nota*.* Tal como surge de la documentación que se adjunta, debí afrontar de mis ingresos el pago de la siguiente prestación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con la prestación que corresponda, por ejemplo: “honorarios profesionales”, “medicamentos”, “prótesis”, etc.).*

A pesar de haber realizado todos los trámites administrativos para obtener el reintegro requerido, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicar el nombre de la obra social o prepaga)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(indicar cuál fue la respuesta de la entidad, por ejemplo: se negó a reintegrar el 100%, etc.).* Ello con fundamento en que \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(explicar los motivos brindados por la obra social o prepaga, por ejemplo: no es una prestación contemplada en el PMO, etc.)*.

El accionar descrito pone en riesgo la continuidad e integralidad de la prestación, lo que se encuentra en clara contradicción con la normativa nacional que regula las obligaciones de las obras sociales y empresas de medicina prepaga (ley 24.901) y los derechos humanos fundamentales de las personas con discapacidad, reconocidos en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).

1. **Argumentos que sustentan el reclamo**

 La ley 24.901, que regula el sistema de prestaciones básicas a favor de las personas con discapacidad, establece la obligación de las obras sociales y empresas de medicina prepaga (art. 2), de brindar la cobertura total e integral de “*de todas las acciones de prevención, asistencia, promoción y protección a favor de las personas con discapacidad”*[[1]](#footnote-1). **La obligación de cobertura total e integral (100% del valor y sin aplicar limitación reglamentaria alguna[[2]](#footnote-2)) de las prestaciones enunciadas en dicha norma rige tanto para la cobertura** **mediante servicios propios como contratados (art. 6), así como bajo la modalidad de reintegro**.

El artículo 39 de dicha norma establece que “*será obligación de los entes que prestan cobertura social, el reconocimiento de los siguientes servicios a favor de las personas con discapacidad: a) Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, conforme así o determine las acciones de evaluación y orientación (...) b) Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la presente ley, conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación (...)*”. Por su parte, la ley 23.661 establece que se promoverá la libre elección de los prestadores por parte de los/as beneficiarios/as cuando ello fuere posible (art. 25).

Se ha dicho con acierto que “*el sistema pone en cabeza de los agentes de salud la obligación principal de ofrecer a sus afiliados, a través de prestadores propios o contratados, un servicio eficaz que cubra sus necesidades y requerimientos (...) Sin embargo, cuando ello no ocurre, los afiliados se ven en la imperiosa necesidad de contratar por su parte prestadores idóneos a esos fines”[[3]](#footnote-3).* Al respecto, **a partir de un análisis de la jurisprudencia existente en la materia, la doctrina ha identificado diversas situaciones en las que las/os afiliadas/os están autorizados a recurrir a prestadores/as externos/as y las obras sociales y empresas de medicina prepaga deben brindar la cobertura por medio del sistema de reintegro**[[4]](#footnote-4): i) Cuando la obra social o prepaga no cuenta con prestadores propios o contratados en condiciones de brindar la prestación; ii) Cuando el ofrecimiento de prestadores propios o contratados de parte del agente de salud es inadecuado, en cuyo caso las prestadoras de salud deben *“probar –y poner a disposición– una alternativa entre sus prestadores que proporcione un servicio análogo al que se persigue en juicio, razón por la que debe demostrar –a contrario sensu– la exorbitancia o sinrazón de la elección (...) para orientar y demostrar al afiliado la idoneidad, experiencia, disponibilidad y demás condiciones de los prestadores, que infundan la confianza suficiente para acceder al servicio”*[[5]](#footnote-5); iii) Cuando la orden médica indica un/a prestador/a específico/a; iv) Cuando los/as profesionales de cartilla no han otorgado asistencia adecuada y la obra social o prepaga no otorga otra solución al respecto; y iv) Cuando existe principio de ejecución en el tratamiento requerido, es decir la necesidad de comenzar y mantener un tratamiento continuo y sostenido y las/os profesionales involucradas/os resultan primordiales para un tratamiento favorable[[6]](#footnote-6).

Con relación a este último supuesto, se ha sostenido que “*si en la propia cartilla de prestadores (...) no están incluidos los profesionales que vienen atendiendo al paciente, (...) y que médicamente se muestra idónea en términos curativos y ha sido la elegida libremente por los actores, no hay impedimento ninguno en reputarla como implícitamente incluida en el grupo de profesionales que componen la referida cartilla a los fines de abonarle por sus tareas; y esto es así porque está en juego un derecho de jerarquía superior (salud-vida) y porque las obras sociales tienen un compromiso social con sus prestatarios que va mucho más allá de consideraciones puramente económicas”*[[7]](#footnote-7).Así, la justicia ha reconocido lo que se conoce como el “principio de no interrupción”, estableciendo al respecto que **corresponde la cobertura integral (100% de los costos) de los tratamientos con el/la profesional que actualmente viene tratando a la persona, toda vez que se encuentra comprometido el derecho de una persona con discapacidad a la protección integral a la salud y a su calidad de vida**[[8]](#footnote-8). En este sentido, se ha sostenido que el principio de la no interrupción consiste en “*no discontinuar una situación favorable al paciente que se venía produciendo tal como (...) la realización de un tratamiento a resultas del cual se está produciendo una mejora en el estado de salud. La jerarquía del principio de no interrupción (...) encuentra su base en el principio de no regresividad y progresividad imperante en los pactos de derechos humanos*”[[9]](#footnote-9). De esta manera, se aplica el principio bajo análisis cuando una modificación del/de la prestador/a o la discontinuidad del tratamiento en cuestión pueda tener repercusiones negativas en la persona beneficiaria. Cabe mencionar que, al respecto, la CSJN ha sostenido que dentro de la estabilidad que suponen dichas prestaciones, “*el vínculo con un determinado profesional puede no resultar indiferente*”[[10]](#footnote-10).

La justicia también resolvió que las obras sociales y empresas de medicina prepaga deben efectivizar la cobertura “*mediante el pago directo a los prestadores, o bien -subsidiariamente- mediante reintegros que se concreten en un plazo máximo de diez días hábiles desde la presentación de los comprobantes de pago correspondientes (...)”*[[11]](#footnote-11).

**Negar el reintegro constituye un incumplimiento de las obligaciones legales de las obras sociales y empresas de medicina prepaga y pone en riesgo la continuidad e integralidad de las prestaciones garantizadas por la ley 24.901 y, con ello, los derechos humanos fundamentales de las personas con discapacidad.** Asimismo, atenta contra el principio de igualdad y no discriminación, pues en los hechos implica que “*solo las personas que tienen capacidad económica para adelantar los pagos puedan gozar del derecho, generándose así una discriminación indirecta en razón de las condiciones económicas*”[[12]](#footnote-12).

Por todo lo expuesto, considerando que la normativa vigente establece la cobertura integral y total de toda prestación a favor de las personas con discapacidad, es que debe procederse a realizar el reintegro peticionado.

1. **Prueba**

 Adjunto a esta nota copia simple de la siguiente documentación:

1. Certificado Único de Discapacidad.
2. Informe médico de fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(completar con la fecha del informe)* suscripto por el/la Dr./a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(completar con el nombre del/de la médico/a. El informe debe ser actual, contener de manera específica el diagnóstico, e indicar la prestación cuyo reintegro se solicita).*
3. Comprobantes de gastos realizados para la cobertura de la prestación.
4. Constancia de la respuesta de la entidad *(solo agregar este ítem si existió respuesta escrita de la obra social o prepaga en forma previa al reclamo)*
5. **Solicitud**

A raíz de lo expuesto, solicito que se realice 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.)*, en un plazo máximo de 5 a 10 días hábiles desde la recepción del presente reclamo. De lo contrario, se iniciarán las acciones legales correspondientes. 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)*

1. Cámara Civil, Sala H, “L.D.B, I.M. s/ determinación de la capacidad”, 22/10/2018, p. 2. [↑](#footnote-ref-1)
2. *Cfr*. Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, Sala III, causas 4706/15 (10/03/2015) y 1395/14 (16/12/2014). [↑](#footnote-ref-2)
3. Crisci, A., Casuística de la cobertura por reintegros en la Ley de Discapacidad, El Derecho, Diario de doctrina y jurisprudencia, N° 14.216, año LV, Ed. 273, Buenos Aires, 5 de julio de 2017, p. 2 [↑](#footnote-ref-3)
4. Ver al respecto: Crisci, A., *op. cit*. [↑](#footnote-ref-4)
5. Cámara Civil, Sala H, “L.D.B, I.M. s/ Determinación de la capacidad”, 22/10/2018, p. 2. [↑](#footnote-ref-5)
6. Ver al respecto: Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, Sala III, causa 6559/15/1, 29/11/; Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, Sala I, causa 3501/2016, 9/03/2017; Cámara Nacional Civil y Comercial Federal, Sala II, causa 6406/2015, 29/12/2016. [↑](#footnote-ref-6)
7. Cámara de Apelaciones en lo Civil, Comercial, Laboral y de Minería de la Primera Circunscripción Judicial, Secretaría Nº 2 de Río Gallegos, Provincia de Santa Cruz, “Arraño Hernán c/Caja de Servicios Sociales s/acción de amparo”, Expte. Nº 10.729/15, párr. VI. Ver en este sentido: Cámara de Apelación en lo Civil, Comercial y Laboral de Rafaela, “C. J. J. y B. F. S. c/ O.M.I.N.T. s/ amparo”, cons. 6; Cámara Federal de Apelaciones de Resistencia, “B.R. c/ OSECAC s/ Amparo”, 20/03/2012. [↑](#footnote-ref-7)
8. Corte de Justicia de la Provincia de Salta, “O. M. F. c/ Instituto Provincial de Salud de Salta s/ amparo – recurso de apelación”, 29/03/2017, cons. 1. [↑](#footnote-ref-8)
9. *Ibíd*., cons. 7. [↑](#footnote-ref-9)
10. Corte Suprema de Justicia de la Nación, “R., D. y otros c/Obra Social del Personal de Sanidad s/amparo”, R. 104, XVLII, 27/11/2012. [↑](#footnote-ref-10)
11. Cámara Federal de Apelaciones Mar del Plata, “C., M. c/ OSDE s/ Ley de Discapacidad s/Incidente de Apelación”, Expte. 3534/2018/1. [↑](#footnote-ref-11)
12. Murua, F., Apoyos para la vida independiente, notas sobre sus implicancias, Debate sobre el campo de la salud mental, Universidad Nacional de La Plata, 2017, pág. 65. [↑](#footnote-ref-12)