

NOTA DE RECLAMO

CIUDAD DE, ... de diciembre DE 2024

Obra Social:

Afiliado:

S/D

(nombre y apellido) por derecho propio o en representación de (persona con discapacidad/ adulto mayor) DNI Nro..... Afiliado Nro, ...
Íntimo plazo 5 días, mantenga las coberturas de mis tratamientos en el (Sanatorio/Hospital/médico tratante) el cual me fuera dado de baja por no operar con mi plan Dorado de Accord Salud, del cual me encuentro al día con los pagos y nada se me ha notificado de baja o modificaciones en la cartilla de prestaciones. Le recuerdo que la Resolución 1025/09 de la superintendencia de servicios de salud determina la continuidad de los tratamientos, prácticas en curso de ejecución en el mismo prestador que la viene realizando, además de mi derecho como paciente reconocido en la Ley 26.529 a elegir mi médico tratante. Usted ha infringido el deber de informar, lo que involucra la oferta y la publicidad (Arts. 7 y 8, Ley de Defensa del Consumidor) a los fines de ofrecer concretamente una prestación de servicio que usted me brinda, lo cual me ocasiona un perjuicio el cual reclamaré en caso de no obtener respuesta a mi pedido. En caso de ofrecer un plan alternativo, el mismo tendrá que ser de las mismas características del que ostento, a valores similares al que hoy pago. Su accionar compromete el derecho a la salud y la integridad física de las personas, reconocido por los pactos internacionales (art. 25, inc. 1, de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el art. 12, inc. 2, ap. d, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), de jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22, de la Constitución Nacional). Lo hago responsable por los daños, tanto físicos, como psíquicos, entre otros, que su actuar me ocasionen reclamando su reparación judicialmente en virtud de lo normado por el Código Civil y Comercial y la ley 24.901. Queda Ud. debidamente

notificado.

Quedando a la espera de su respuesta, saludo atte.

Firma

Aclaración

DNI

Domicilio

Email y teléfono de contacto

Aclaraciones:

Presentar en doble ejemplar en las oficinas de Accord, donde se deberá hacer formar una de las copias con fecha de entrega y nombre del responsable o sello de la institución.

MS **Martín Sabadini**
ABOGADO EXPERTO EN SALUD