

## PRESENTACIÓN DE RECLAMOS

Nº \_\_\_\_\_  
(A completar por personal del Organismo)

### RESOLUCIÓN SSSALUD Nº 075/98 ANEXO II

Clasificación del reclamo  TRÁMITE NORMAL  TRÁMITE ESPECIAL  TRÁMITE URGENTE

#### DATOS DEL TITULAR

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_

Documento  DNI  CI  LC Número \_\_\_\_\_  CUIT  CUIL Número \_\_\_\_\_

Obra Social y/o Entidad de Medicina Prepaga \_\_\_\_\_ RNOS/RNEMP \_\_\_\_\_

#### DATOS DEL APODERADO/GESTOR OFICIOSO

Apellido/s \_\_\_\_\_ Nombre/s \_\_\_\_\_

Documento:  DNI  CI  LC Número \_\_\_\_\_  CUIT  CUIL Número \_\_\_\_\_

#### DOMICILIO DEL TITULAR/APODERADO QUE PRESENTA EL RECLAMO

Calle \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Dpto \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Teléfono/Fax \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Se informa que las notificaciones y/o traslados se realizarán a la dirección de correo electrónico declarada.

Solicito que las notificaciones y/o traslados sean remitidas por correo postal al domicilio denunciado.

#### TIPO DE PRESENTACIÓN

Presentación personal  En representación de el/los beneficiario/s a su cargo \*

\*Completar solo en caso de que sea en representación de el/los beneficiario/s a su cargo

Apellido/s y Nombre/s	Tipo y Nº de documento	CUIL/CUIT	Parentesco

#### DATOS DEL RECLAMO

Síntesis del reclamo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Detalle de la documentación que se adjunta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

El presente formulario reviste el carácter de declaración jurada, debiendo ser completada sin falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los artículos 172, 292 y 293 del Código Penal por delito de estafa y falsificación de documentos.

Autorizo a compulsar el expediente a \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_

Lugar y fecha \_\_\_\_\_

**FIRMA Y SELLO DEL RECEPTOR**

**FIRMA Y ACLARACIÓN**

ESTIMADO USUARIO:

Se informa que, según la clasificación del reclamo, los plazos establecidos en la Resolución n° 075/98-SSSALUD para que la Obra Social o Entidad de Medicina Prepaga brinde una respuesta a su presentación son:

**TRÁMITE NORMAL:** La Obra Social o Entidad de Medicina Prepaga deberá notificar el informe de solución en un plazo que no exceda los diez (10) días corridos de recibido el reclamo.

**TRÁMITE ESPECIAL:** El informe de solución deberá ser brindado por la Obra Social o Entidad de Medicina Prepaga en un plazo que no exceda los cinco (5) días corridos cuando el motivo del reclamo se relacione con:

- Tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de HIV, SIDA y/o las enfermedades intercurrentes,
- Tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos de las personas que dependan física o psíquicamente del uso de estupefacientes,
- Tratamientos oncológicos,
- Internación,
- Embarazo,
- Atención del recién nacido y hasta el primer año de vida.

**TRÁMITE URGENTE:** En los casos en que la normal tramitación del procedimiento pudiera afectar la vida y/o la salud del reclamante, por la cual se deben tomar medidas inminentes, el informe de solución deberá ser brindado de inmediato por la Obra Social o Entidad de Medicina Prepaga, no pudiendo exceder los dos (2) días corridos para su presentación.

Si dentro de los diez (10) días corridos de haber recibido la notificación del informe de solución por parte de la Obra Social o Entidad de Medicina Prepaga, lo considera "no satisfactorio", podrá, por única vez, insistir con su reclamo ante la Superintendencia de Servicios de Salud.

**TENER EN CUENTA** que si el reclamo es presentado ante la Superintendencia de Servicios de Salud, se le dará traslado a la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga dentro de las cuarenta y ocho (48) horas hábiles. En consecuencia, los plazos establecidos para la contestación, comenzarán a correr desde el momento en que se encuentre notificada. Para los TRÁMITES URGENTES el traslado se efectuará en el mismo día en que realice la presentación.

Cualquier duda al respecto le solicitamos que se comunique al 0800-222-SALUD (72583) o concurra a nuestro Centro de Atención Personal más cercano a su domicilio.



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2018 - Año del Centenario de la Reforma Universitaria

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** Anexo II Formulario Resolución 075

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 2 pagina/s.