

## Reclamar por incumplimiento de la Obra Social o la prepaga

Si tu Obra Social o entidad de medicina prepaga se niegan a darte cobertura (en medicamentos, por discapacidad, etc.) o lo hacen de modo irregular (incumpliendo con el Plan Médico Obligatorio, el Plan Materno Infantil o con reintegros establecidos), aquí te asistimos para que puedas reclamar correctamente.

El trámite lo hace el afiliado titular en uno de estos dos lugares, indistintamente:

- en la sede central de la Obra Social;
- en la Superintendencia de Servicios de Salud.

Si se niegan a afiliarte a vos como titular o a un familiar, consultá directamente el trámite [Reclamar por negativa de afiliación de titular y/o familiar de la Obra Social o la prepaga](#).

### Requisitos

- Si hacés el trámite en la obra social: [Formulario A](#). Si lo hacés en la Superintendencia de Servicios de Salud: [Formulario B](#).
- DNI, original y fotocopia.
- Carnet de la Obra Social, original y fotocopia.
- Fotocopia de CUIT/CUIL.
- Fotocopia del último recibo de haberes.
- Fotocopia del Diagnóstico médico actualizado.
- 

### Opcional, según tu inserción en el Sistema de Salud:

- Pago de monotributo y/o servicio doméstico.
- Último pago de cuota adherente.

- [CODEM de ANSES](#) y certificación laboral acreditando fecha de ingreso y Obra Social de rama de actividad.

### **Documentación a agregar en reclamos por coberturas prestacionales:**

- Indicación actualizada del médico de la Obra Social (fotocopia).
- Receta de medicamentos por genérico, con dosis requerida y tratamiento (fotocopia). En caso de medicaciones únicas, justificación médica precisa (fotocopia).
- En caso de reintegros incumplidos: comprobantes de pagos realizados (fotocopia).
- Según el caso, te podrán pedir un resumen de la historia clínica (fotocopia).

### **Documentación a agregar en reclamos por discapacidad:**

- [Certificado de discapacidad](#) emitido por autoridad competente.
- Orientación prestacional actualizada y acreditada por el profesional tratante.

## **¿Cómo se hace?**

### **Si iniciás el trámite en la sede de la Obra Social**

1. Completá **Formulario A** y presentá la documentación requerida. Te entregarán una

copia sellada del Formulario como comprobante de que iniciaste el reclamo.

2. A partir de los siguientes quince días, aguardá en tu domicilio la respuesta de tu Obra Social, la que puede ser satisfactoria o insatisfactoria. **Si se trata de urgencia médica, la resolución es inmediata.**
3. Si la respuesta es insatisfactoria, podés insistir con tu reclamo ante la Superintendencia de Servicios de Salud, enviando una nota dentro de los 10 días corridos posteriores.

### **Si iniciás el trámite en la Superintendencia de Servicios de Salud En C.A.B.A.**

1. Acercate a [Av. Pte. Roque Sáenz Peña 530](#), de lunes a viernes de 10 a 16 hs.
2. Completá el **Formulario B** y presentá los documentos requeridos. La Superintendencia de Servicios de Salud se encargará de trasladar el reclamo a tu Obra Social, quien debe resolver sobre el tema en un plazo de 15 días para trámites normales y 5 días en situaciones especiales (HIV, internaciones, drogadicción, atención oncológica, embarazo y atención al recién nacido hasta el año).
3. Aguardá en tu domicilio la respuesta de tu Obra Social, la que puede ser satisfactoria o insatisfactoria. Tené en cuenta que **en caso de urgencia médica, la resolución es inmediata.**
4. Si la respuesta es insatisfactoria, podés volver a reclamar ante la Superintendencia de Servicios

de Salud, enviando una nota dentro de los 10 días corridos posteriores.

### **En el interior del país**

- Llamá a la línea gratuita **0-800-222-72583 (SALUD)** para que te envíen a tu domicilio el Formulario y te asesoren sobre cómo hacer tu reclamo.

### **Costo**

**No tiene ningún costo.**