

Nombre y Apellido del Afiliado/a

DNI:

N° de Afiliado PAMI:

Domicilio:

Teléfono:

Correo electrónico (opcional):

A la Agencia de PAMI correspondiente:

Me dirijo a Uds. a fin de solicitar la cobertura de la siguiente prestación médica:

La presente solicitud se realiza en base a la indicación médica correspondiente, la cual adjunto junto con el resto de la documentación necesaria (receta, diagnóstico, estudios, etc.).

Solicito se dé curso a este pedido a la mayor brevedad posible, teniendo en cuenta que se trata de una necesidad médica impostergable. En caso de no obtener respuesta en un plazo razonable, me veré obligado/a a iniciar las acciones legales correspondientes a fin de garantizar el acceso a mi derecho a la salud.

Sin otro particular, saluda atentamente,

[Firma]

[Ciudad], [Fecha]