

FORMULA RECLAMO.

Buenos Aires, de octubre de 2025

A la Obra Social
UNIÓN PERSONAL (UP)
S / D

Quien suscribe,, DNI
N.º....., en mi carácter de afiliado/a titular de la Obra Social UP
N.º....., con domicilio en la calle,
correo, teléfono, me dirijo a Uds.
y respetuosamente digo:

I.- Por intermedio de la presente vengo a solicitar se abstengan de continuar cobrando copagos o coseguros por prestaciones médicas, prácticas o medicamentos, y se disponga la devolución inmediata de las sumas que me fuera indebidamente cobradas por dichos conceptos, con más los intereses legales correspondientes, todo ello a tenor de las siguientes consideraciones.

II.- Que, el Juzgado Nacional de Primera Instancia del Trabajo N° 69, en autos “Asociación Trabajadores del Estado c/ Obra Social Unión Personal de la Unión del Personal Civil de la Nación s/ Acción de Amparo”, Expte. N° 40843/2025, en la cual se ordenó cautelarmente a esa Obra Social: *“suspender de manera inmediata las modificaciones introducidas respecto de la atención de los afiliados a la obra social demandada, sin ningún tipo de discriminación, en cuanto a afiliados (o no afiliados) a UPCN y mantener la bonificación del coseguro de salud a todos los afiliados de la Obra Social tanto para ellos como para su grupo familiar, bajo apercibimiento de aplicar astreintes por cada día de retardo en el cumplimiento”*.

La resolución mencionada fue dictada en el marco de una acción de amparo de incidencia colectiva promovida por la Asociación Trabajadores del Estado (ATE) en defensa de los derechos de todos/as los/as trabajadores/as afiliados/as a la Obra Social UP, con independencia de su afiliación sindical, entre los cuales me encuentro comprendido/a.

El incumplimiento de la medida judicial, al continuar exigiendo copagos o coseguros, constituye una violación al derecho a la salud, a la libertad sindical y al principio de igualdad ante la ley (arts. 14 bis, 16, 43 y 75 inc. 22 CN).

Por lo expuesto, solicita la inmediata devolución de lo cobrado así como se abstenga en el futuro de cobrarme copagos.

IV.- A todo evento, acompaño como prueba documental:

1. Copia del DNI (anverso y reverso).
2. Copia del carnet de afiliación a la Obra Social UP.
3. Copias de las facturas o comprobantes de pago de copagos y coseguros abonados, correspondientes a prestaciones médicas.
4. Recibo de haberes.

V.- Fundo este reclamo en lo dispuesto por los artículos 14 bis, 16, 28 y 43 de la Constitución Nacional; artículos 1, 3, 4 y concordantes de la Ley 23.660; artículo 9 de la Ley 23.661; y la sentencia judicial citada.

VI.- Por todo lo expuesto, solicito que se abstengan de exigir cualquier tipo de copago o coseguro por prestaciones médicas, estudios, prácticas, internaciones, medicamentos o cualquier otro servicio de salud y se disponga la devolución de los importes indebidamente cobrados, acompañando para ello las facturas y comprobantes de pago adjuntos al presente.

Sin otro particular, saludo a Ud. atte.

Firma:

Aclaración:

DNI N°