

CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES,

FECHA/...../.....

ESTIMADO DIRECTOR EJECUTIVO DEL PAMI

SR. ESTEBAN LEGUIZAMO

S / D

.....**DNI**.....

N° de Afiliado/a, con domicilio en.....

me dirijo a usted a fin de solicitarle se reestablezca de forma plena la cobertura de medicación al 100% que garantizaba el Vademecum del Programa “Vivir Mejor” a los afiliados y afiliadas del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires antes de la readecuación del programa efectuado el 2 de diciembre del 2024.

Todo ello conforme a la resolución dictada el 22 de septiembre de 2025, por el Juzgado Federal N° 2 de Mendoza, en el marco de los autos caratulados “RECALDE, Mariano y otros c/ INSTITUTO NAC. DE SERV. SOC. PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS s/ AMPARO”, causa que fue incorporada y vinculada con todas sus actuaciones a los autos FMZ 27196/2024, (v fs. 7585/7586), cuyo resuelve se transcribe a continuación:

“ (...) **RESUELVO:** 1°) *HACER EXTENSIVA la medida cautelar dispuesta en fecha 26 de diciembre de 2024 en autos a fs. 55/66 y en consecuencia ORDENAR al INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (PAMI): a) suspender, respecto de los/las afiliados/as al PAMI de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la aplicación de las Resoluciones INSSJP N° 2431/2024 y N° 2537/2024, dictadas por la Dirección Ejecutiva del INSSJP; b) aclarar que la presente medida cautelar no afectará los trámites ya iniciados y sustanciados por los beneficiarios en virtud de las resoluciones suspendidas, los cuales mantendrán plena validez. (...) ”*

En éste sentido es que vengo a solicitar se restablezca la cobertura de medicación en las mismas condiciones, que me era brindada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI) a fecha 02 de diciembre de 2024

Finalmente, y atento al perjuicio económico que me fue ocasionado por el Instituto al restringir el acceso a la medicación indicada ut supra, es que solicito que se me reintegren los gastos generados por la falta de cobertura durante el período 02/12/2024 al 22/09/2025, cuyos comprobantes se adjuntan a la presente.

FIRMA

ACLARACIÓN