



SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

2024-05-24

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

Resolución 665/2024

RESOL-2024-665-APN-SSS#MS

Ciudad de Buenos Aires, 21/05/2024

VISTO el Expediente N° EX-2024-41948507- -APN-GOSR#SSS, las Leyes N° 23.660, 23.661 y 26.682, los Decretos N° 576 del 1° de abril de 1993, N° 292 del 14 de agosto de 1995, N°1400 del 4 de noviembre de 2001 y N°70 del 20 de diciembre de 2023, las Resoluciones N° 1200 de fecha 29 de septiembre de 2012, N°731 de fecha 28 de marzo de 2023, sus modificatorias y complementarias, y

CONSIDERANDO:

Que las Leyes N° 23.660 y N° 23.661 establecen el marco normativo de las Obras Sociales y otras entidades de salud y del Sistema Nacional del Seguro de Salud, respectivamente, en relación a su inscripción, funcionamiento, financiamiento y fiscalización.

Que el Sistema Nacional del Seguro de Salud se creó como un subsistema de la seguridad social, de base contributiva, solidario, cuyo objetivo es proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a promover, proteger, recuperar y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garantizando a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones sin discriminación.

Que mediante la Ley N° 26.682 se estableció el régimen normativo de las empresas de medicina prepaga, los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios.

Que la Resolución N° 731/2023 redefine el SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO POR GESTIÓN DE ENFERMEDADES (SURGE) para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud, respecto de las prestaciones asistenciales de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado.

Que mediante la Resolución mencionada se aprueba el procedimiento, los requisitos

generales, específicos, coberturas, dispositivos, medicamentos y valores máximos a reintegrar a los Agentes del Seguro de Salud a través del SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO POR GESTIÓN DE ENFERMEDADES (SURGE).

Que el Anexo I del mismo cuerpo normativo define que el plazo para la presentación de las solicitudes de apoyo financiero fijándolo en DOCE (12) meses, contados a partir del mes siguiente al último mes de prestación del tratamiento.

Que el sistema (SURGE) se implementó a partir de octubre del año 2023, siendo que, las solicitudes de apoyo financiero podían ser prestadas a partir del 1° de abril del mismo año.

Que la demora entre la fecha prevista para la prestación de las solicitudes de apoyo y la efectiva implementación de la plataforma genera incertidumbres respecto de la gestión de los recursos.

Que, en este contexto, corresponde efectuar una evaluación crítica respecto a los procesos de implementación de políticas y sistemas, que permita identificar los factores que causaron la demora observada, en pos de optimizar la eficacia y eficiencia de las políticas públicas y garantizar la satisfacción de las necesidades de la población.

Que siguiendo los lineamientos del Decreto N° 70/23 que sentó las “BASES PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA ECONOMÍA ARGENTINA”, la medida que se propicia garantiza una redistribución más equitativa de los recursos.

Que, a fin de asegurar la adecuada cobertura de los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, considerando los inconvenientes operativos, resulta necesario extender el plazo para la presentación de las solicitudes de apoyo financiero a través del sistema SURGE a DIECIOCHO (18) meses.

Que la Gerencia de Subsidios por Reintegro y de Asuntos Jurídicos han tomado la intervención de su competencia.

Que la presente se dicta en uso de las facultades y atribuciones conferidas por los Decretos N° 1615 de fecha 23 de diciembre de 1996, N° 2710 de fecha 28 de diciembre de 2012 y N° 83 de fecha 24 de enero de 2024.

Por ello,

EL SUPERINTENDENTE DE SERVICIOS DE SALUD DE LA NACION

RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- Modifíquese el ANEXO I del artículo 2° de la Resolución N° 731/2023 por el IF-2024-49860185-APN-GOSR#SSS que se aprueba y forma parte integrante del presente.

ARTÍCULO 2°.- Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la DIRECCIÓN NACIONAL DEL REGISTRO OFICIAL y, oportunamente, archívese.

Gabriel

Gonzalo

Oriolo

NOTA: El/los Anexo/s que integra/n este(a) Resolución se publican en la edición web del BORA -www.boletinoficial.gob.ar-

e. 24/05/2024 N° 31996/24 v. 24/05/2024

(Nota Infoleg: Los anexos referenciados en la presente norma han sido extraídos de la edición web de Boletín Oficial)



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

Informe

Número: IF-2024-49860185-APN-GOSR#SSS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Martes 14 de Mayo de 2024

Referencia: EX-2024-41948507-APN-GORS#SSS

ANEXO I

NORMAS Y PROCEDIMIENTO DE LOS REINTEGROS

1. NORMAS GENERALES

Las solicitudes de apoyo financiero que realicen los Agentes del Seguro de Salud mediante el SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO POR GESTIÓN DE

ENFERMEDADES (SURGE) se realizarán, exclusivamente, sobre la base de prestaciones médicas efectivamente provistas y pagadas por los mencionados Agentes en atención de sus beneficiarios y beneficiarias.

Los Agentes del Seguro de Salud deberán ingresar al sitio web del SISTEMA ÚNICO DE REINTEGRO POR GESTIÓN DE ENFERMEDADES (SURGE), disponible en el

sitio web oficial de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, para efectuar las solicitudes de reintegros.

- Para ingresar, los Agentes deberán contar con las credenciales de acceso específicas para el SURGE, de conformidad con lo determinado en el manual operativo.
- El Agente del Seguro Salud deberá aportar la información requerida por la plataforma del SURGE para poder dar inicio a las solicitudes de apoyo financiero, las cuales se clasificarán en solicitudes de Tecnologías de uso único o solicitudes de Tecnologías de uso crónico.
- Validaciones automáticas a través del SURGE:

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD procederá a validar la información suministrada por el Agente del Seguro de Salud con la información obrante en el Padrón de Beneficiarios, el Registro de Prestadores, el Registro de autoridades con mandato vigente, la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES), la ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS (AFIP), la ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS, ALIMENTOS Y TECNOLOGÍA MÉDICA (ANMAT), el INSTITUTO NACIONAL CENTRAL ÚNICO COORDINADOR DE ABLACIÓN E IMPLANTE (INCUCAI) y el REGISTRO NACIONAL DE LAS PERSONAS (RENAPER), según corresponda en cada caso.

- CONCEPTOS Y VALORES A REINTEGRAR:

El SURGE otorgará apoyo financiero para las enfermedades incluidas en el ANEXO II, hasta el monto máximo que se establece en el ANEXO III.

El profesional médico que actúe en representación del Agente del Seguro de Salud en carácter de Auditor Médico deberá refrendar las intervenciones en la documentación que sea requerida, haciendo constar su nombre y apellido, número de matrícula y su carácter de Auditor Médico, con la sigla o nombre del Agente del Seguro de Salud. El instrumento deberá, además, suscribirse con firma digital.

El profesional del Área Contable que actúe en representación del Agente del Seguro de Salud deberá refrendar la documentación contable que integre la solicitud de apoyo financiero presentada a través del SURGE, detallando su nombre y apellido, cargo y sigla o nombre del Agente del Seguro de Salud. El instrumento deberá, además, suscribirse con firma digital.

Los requisitos exigibles por la autoridad de aplicación a los Agentes del Seguro de Salud para la presentación de reintegros sólo podrán ser los incluidos en la normativa vigente al momento de efectuarse las prestaciones.

La Gerencia de Gestión Estratégica sugerirá las Tecnologías Sanitarias que serán admitidas para el tratamiento de las enfermedades incluidas en SURGE a la Gerencia General, quien las aprobará en caso de considerarlo oportuno, disponiendo su inclusión en el aplicativo informático del Sistema.

1.1. REQUISITOS DE LAS SOLICITUDES

Las solicitudes de apoyo financiero a presentar a través del SURGE deberán contener la totalidad de información y documentación requerida en la normativa, la cual deberá ser ingresada al sistema informático por parte de los Agentes del Seguro de Salud.

Las solicitudes de apoyo financiero serán de carácter individual y se realizarán en función de las prestaciones efectivamente otorgadas y pagadas respecto de cada beneficiario o beneficiaría.

Las solicitudes de apoyo financiero serán certificadas por el presidente del Agente del Seguro de Salud, mediante ingreso con clave fiscal de AFIP, o por aquél a quien se le hubiera delegado esta función en la plataforma de dicha institución.

Las solicitudes de apoyo financiero serán reconocidas, exclusivamente, en el caso de que la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD pueda comprobar la correcta afiliación del beneficiario o beneficiaria en la temporalidad en la cual las prestaciones fueron otorgadas por el Agente del Seguro de Salud solicitante.

1.2. TIPO DE SOLICITUDES

Las solicitudes de apoyo financiero estarán divididas en aquellas clasificadas como Tecnologías de uso único y Tecnologías de uso crónico.

Las Tecnologías de uso único comprenden aquellas prestaciones que tienen un inicio y un fin ya determinado, no siendo continuas en el tiempo.

Las Tecnologías de uso crónico comprenden prestaciones que son continuas en el tiempo, sin una fecha predeterminada de finalización.

1.3. TIEMPO DE PRESENTACIÓN

Se tomará como año calendario de tratamiento el comprendido entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de cada año.

Las solicitudes de apoyo financiero sólo podrán ser presentadas una vez finalizada la prestación y efectivamente abonada por parte del Agente del Seguro de Salud.

Las solicitudes de apoyo financiero se presentarán a partir del mes posterior a la efectivización del pago de la prestación, de manera mensual para el caso de Tecnologías de uso crónico.

El plazo para la presentación de las solicitudes de apoyo financiero a través del SURGE por parte del Agente del Seguro de Salud será de DIECIOCHO (18) meses, a contar desde el mes siguiente al último mes de prestación del tratamiento.

Las solicitudes que fueran observadas o rechazadas podrán ser presentadas nuevamente, sin limitaciones en cuanto a la cantidad de rechazos, durante el plazo definido en el párrafo anterior. Una vez ocurrido el vencimiento de dicho plazo, la solicitud no podrá ser presentada nuevamente.

1.4. PROCEDIMIENTO DE PRESENTACIÓN

La presentación de la solicitud de apoyo financiero con la documentación que lo sustente solo podrá ser presentada a través del sistema informático SURGE.

Para el caso de las tecnologías de uso crónico, se deberá, en una primera instancia, proceder al empadronamiento del beneficiario o beneficiaria, según los requerimientos específicos establecidos en el ANEXO II.

Para el caso de beneficiarios o beneficiarias con empadronamiento validado por la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD y aquellos para los cuales se soliciten tecnologías de uso único, los Agentes del Seguro de Salud podrán iniciar la carga de la solicitud correspondiente de apoyo financiero a través del SURGE, con los requisitos previstos en este ANEXO y en el ANEXO II.

1.5. DOCUMENTACIÓN MÉDICA

Los requisitos de documentación e información respaldatoria deberán cumplimentarse, para cada enfermedad, de la manera determinada en el ANEXO II. La información deberá contener:

- Resumen de Historia Clínica con:

a) datos del beneficiario o beneficiaria (nombre y apellido, N° de afiliado/a y/o número de documento);

b) diagnóstico;

c) detalle del tratamiento indicado;

d) información que contemple el Fundamento Terapéutico para la tecnología sujeta a recupero;

e) fecha del resumen;

f) fecha de acto médico;

g) fecha de inicio de tratamiento;

h) matrícula del médico prescriptor.

En el caso de prácticas o dispositivos:

- Prescripción de la práctica o dispositivo, firmada y sellada por médico tratante y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.

- En caso de corresponder, y definido para cada enfermedad, información de estudios complementarios que fundamenten el diagnóstico y la solicitud del reintegro, firmados y sellados por el profesional interviniente y por el Auditor Médico del Agente

del Seguro de Salud. Esta documentación adicional se especifica en ANEXO II.

- Epicrisis, firmada por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Parte quirúrgico firmado por Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Protocolo quirúrgico firmado por el profesional interviniente y por el Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud.
- Certificado de implante, firmado por el profesional interviniente, en donde conste la fecha del implante y los stickers, con firma y sello del Auditor Médico del Agente del Seguro de Salud. Cuando se trate de material diseñado específicamente para el paciente o que no sea implantable, se dará por cumplido el requisito con el remito conformado.

En el caso de medicamentos:

- La receta médica original quedará en el Legajo Original del Agente del Seguro de Salud y será puesta a disposición de la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD cuando ésta lo requiera en sus procesos de auditoría. La prescripción médica podrá incluir más de un mes de tratamiento, mientras el médico tratante especifique en ella el período prescripto. Las recetas no tendrán vencimiento, de conformidad con lo normado por la Ley N° 16.463.

- El Agente del Seguro de Salud deberá dar cumplimiento a la normativa vigente en materia de trazabilidad, procediendo a verificar la trazabilidad de los medicamentos dispensados a su población beneficiaria, según Resolución N° 362/12-SSSALUD o la que en el futuro la reemplace.

- El medicamento por el que se solicita el reintegro deberá reflejarse fehacientemente con su código unívoco (GTIN seriado) en la facturación dirigida al Agente del Seguro de Salud (Factura, detalle de factura y/o Remito).

- El Agente del Seguro de Salud deberá asegurarse de que la trazabilidad haya sido completa, incluyendo la dispensa al paciente, a cuyo efecto deberá validarla mediante su usuario de acceso al Sistema Nacional de Trazabilidad (SNT).

- El Agente del Seguro de Salud deberá verificar que el GTIN seriado facturado sea un código válido existente en el Sistema Nacional de Trazabilidad y que fue dispensado por una farmacia o establecimiento asistencial registrado al paciente. Tal verificación, realizada en el Sistema Nacional de Trazabilidad de la ANMAT o plataforma equivalente que tome los datos del sistema de ANMAT, con GTIN y serie, reemplazará la firma del farmacéutico y paciente en los remitos y comprobantes de dispensa.

- Para el caso de los medicamentos no alcanzados por la normativa de trazabilidad, se requerirá remito conformado por el paciente o su representante, con firma y sello del farmacéutico de la farmacia responsable de la dispensa y comprobante de dispensa donde conste el GLN (Global Location Number) o CUFE (Código de Ubicación Física de Establecimiento) de dicha farmacia.

1.6. DOCUMENTACIÓN ADMINISTRATIVA CONTABLE

1.6.1. FACTURA. GENERALIDADES.

El Agente del Seguro de Salud deberá verificar que los conceptos de enfermedades, productos o dispositivos por los que solicita reintegro se reflejen fehacientemente en la facturación del prestador (factura o recibo como instrumento de facturación, en forma directa o por detalle adjunto).

Será responsabilidad de los Agentes del Seguro de Salud verificar la validez de todos los comprobantes contables incluidos en las solicitudes de reintegro. La carga de la factura o recibo/comprobante de pago en el Sistema implicará que ya han sido verificados por el Agente del Seguro de Salud.

Se deberá adjuntar imagen de la factura o documento que la reemplace, completa en todos sus ítems según normas vigentes de AFIP, con los siguientes datos:

- Nombre y apellido del beneficiario o beneficiaria, o nomenclatura según normas vigentes para personas con infección por VIH.
- Descripción de la enfermedad, producto o dispositivo, en concordancia con los conceptos reconocidos.
- Fecha de prestación o período, para el caso de prestaciones médicas.
- Monto individual y sumatoria total de la prestación facturada.

En el caso de facturas globales (posteriores a la fecha de prestación) que no contengan este detalle, se deberá acompañar de un Resumen de Facturación y/o Rendición Individual confeccionada y firmada por el prestador, donde se detallen los datos mencionados en el párrafo anterior y donde conste el número de factura a la que pertenece. En el caso de ser operaciones comerciales vinculadas con emisión de remitos (medicamentos y dispositivos médicos), el detalle de factura global puede reemplazarse con el detalle de remitos que la sustenten, siempre y cuando éstos contengan los datos requeridos mencionados.

En caso de facturas globales emitidas en forma anticipada a la fecha de prestación o entrega de medicamentos/dispositivos, se podrá acompañar con un detalle confeccionado por la Auditoría Médica del Agente del Seguro de Salud que contenga los datos detallados previamente (beneficiario/a, concepto suministrado, período y monto). Y, para el caso de medicamentos, se deberá agregar el detalle de GTIN + series incluidos en la factura global.

En todos los casos, los detalles de facturación global deberán contener firma y sello del representante del Área Contable del Agente del Seguro de Salud.

1.6.2. RECIBO. GENERALIDADES.

El Agente del Seguro de Salud deberá verificar que la documentación que presente refleje fehacientemente la cancelación total de las Facturas que contengan los conceptos por los

que se solicita reintegro. Se deberá presentar alguna de las siguientes opciones:

a) Recibo, completo en todos sus ítems según normas vigentes de la AFIP sobre el particular, conteniendo los siguientes datos: (i) fecha, (ii) número completo de factura que cancela y, (iii) en el caso de recibo global, deberá contener el detalle de todas las facturas canceladas y su importe individual;

b) orden de pago, donde conste el CBU del prestador/proveedor, más comprobante de transferencia. En cualquiera de las dos opciones, y cuando exista diferencia entre lo facturado y el importe cancelado, se deberá incluir registro de débitos, retenciones y percepciones efectuadas;

c) detalle de medio/s de pago utilizado/s (cheques o transferencias bancarias), con registro de la fecha de vencimiento del cheque o fecha de débito de la transferencia. Verificar que el importe total de las facturas canceladas sea igual al importe total de valores recibidos más débitos, retenciones y percepciones efectuadas; Cuando el importe del pago de la prestación haya sido afectado por Notas de Débito, se deberá adjuntar planilla de ajuste que detalle motivo e importe del débito, con firma y sello del representante del Área Contable del Seguro de Salud.

2. VALORIZACIÓN DE LOS EXPEDIENTES

La SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD reconocerá el menor valor que surja entre el monto erogado por el Agente del Seguro y el valor máximo de recupero estipulado para la enfermedad, conforme lo previsto en el ANEXO III.

2.1. PRESTACIONES Y DISPOSITIVOS

En caso de prestaciones, el monto a reintegrar incluye a la totalidad de prácticas, procedimientos e insumos utilizados para dar cumplimiento a dicha prestación.

El costo erogado por el Agente del Seguro de Salud puede comprender una factura global por la prestación o una serie de facturas de las prestaciones reconocidas bajo recupero.

En el caso de dispositivos, el costo erogado por parte del Agente del Seguro de Salud es el resultante de su adquisición, no contemplando los gastos incurridos en traslado, preparación, colocación o controles posteriores.

2.2. MEDICAMENTOS

En el caso de los medicamentos, el costo erogado por el Agente del Seguro de Salud es el resultante de su adquisición, no contemplando los gastos incurridos en traslado, preparación, administración o monitoreo.

2.2.1. MONTOS MÁXIMOS POR MÓDULO

En el caso de módulos, el monto máximo de recupero se estipula por mes de tratamiento. El módulo abarcará todos los gastos incurridos en la compra de medicamentos incluidos para dicha enfermedad, independientemente del número de unidades utilizadas, la combinación de más de un medicamento o el cambio de esquema de tratamiento.

Para el caso de los medicamentos en los cuales la presentación no contemple el tratamiento mensual, es decir, aquellos para los cuales un envase del producto sea administrado durante un periodo superior a un mes (a modo de ejemplo: bimestral, trimestral, semestral, en ciclos definidos), se estipulará el período de meses para los cuales fue definido el valor del módulo.

El valor erogado por el Agente del Seguro de Salud se mensualizará de manera proporcional al periodo de tiempo del tratamiento.

El monto máximo a reintegrar surgirá del valor mensual definido para ese modulo o el monto erogado proporcionalmente distribuido por mes, el que resulte menor.

2.2.2. MONTOS MÁXIMOS POR UNIDAD

En el caso de medicamentos que se encuentren valorizados por unidad, el monto máximo a reintegrar surgirá de multiplicar el valor individual de recupero de cada unidad del producto o el monto erogado por el Agente del Seguro de Salud, el que resulte menor, por el número de unidades adquiridas.

3. VINCULACIÓN CON EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL ELECTRÓNICA (GDE).

El SURGE es una herramienta desarrollada para gestionar y administrar de forma ágil y transparente los reintegros que, en razón de las enfermedades, medicamentos y dispositivos alcanzados, hubiesen efectivamente prestado y pagado los Agentes del Seguro de Salud a sus beneficiarios y beneficiarías.

Por su parte, el Decreto N° 561/16 creó la plataforma de Gestión Documental Electrónica (GDE) como sistema de gestión de expedientes para todo el Sector Público Nacional.

Ambos sistemas interoperarán entre sí y, una vez aprobada la solicitud de reintegro presentada a través del SURGE, el proceso para su pago continuará en la plataforma GDE.

3.1. INFORME DE OTORGAMIENTO.

Luego de las validaciones administrativas, prestacionales, contables y fiscales de cada una de las solicitudes de apoyo financiero presentadas por los Agentes del Seguro de Salud y su valorización, a través de la SUBGERENCIA DE RECEPCIÓN, VERIFICACIÓN Y VALORIZACIÓN DE SOLICITUDES, se otorgará número de expediente a dicha solicitud y, en su caso, se procederá a un agrupamiento de estos por Agente del Seguro de Salud, los que serán designados como Expedientes Colectivos.

Posteriormente, la misma Subgerencia realizará un informe técnico de otorgamiento, en donde conste el número de solicitud, el CUIL del beneficiario o beneficiaría, la enfermedad, el medicamento o dispositivo, el valor del reintegro y el periodo de cobertura liquidado.

Aquellas solicitudes que no hubieran sorteado con éxito los controles para su aprobación, serán devueltas a través del sistema informático SURGE al Agente del Seguro de Salud

del que se trate, para su corrección, en caso de ser subsanable.

3.2. DISPOSICIÓN DE PAGO.

La GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGRO, procederá a elaborar un Proyecto de Disposición de pago, en caso de corresponder.

3.3. CONTROL DE LEGALIDAD.

Luego de la validación, valorización, generación del expediente y efectuado el informe de otorgamiento, se enviarán las actuaciones a la GERENCIA DE ASUNTOS JURÍDICOS, para el dictamen de control de legalidad.

4. LEGAJO ORIGINAL Y AUDITORÍA

Los Agentes del Seguro de Salud deberán conservar la totalidad de la documentación que respalde la solicitud de recupero tramitada a través del SURGE, que podrá ser auditada una vez que se haya realizado el pago de la prestación, por la SUBGERENCIA DE CONTROL DE GESTIÓN dependiente de la GERENCIA OPERATIVA DE SUBSIDIOS POR REINTEGRO, sin perjuicio de las auditorías integrales que las distintas Gerencias del organismo determinen en sus planes anuales de trabajo.

En todos los casos, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD se reserva el derecho de auditar, en sede o en terreno, las prestaciones efectuadas.

5. LIQUIDACIÓN Y PAGO.

La liquidación y pago del reintegro se realizará a través de la GERENCIA DE ADMINISTRACIÓN, quien procederá a realizar las transferencias a las cuentas de los Agentes del Seguro.

Juan Jose Picon
Gerente
Gerencia Operativa de Subsidios por Reintegros
Superintendencia de Servicios de Salud