

TRÁMITE GRATUITO Y PERSONAL

- Copia DNI.
- CUIL o CUIT.
- Copia credencial del usuario.
- Documento de facturación anterior al del aumento indebido y posteriores, hasta la fecha de presentación del reclamo.
- Documentación válida:
Facturas A / B ó C.
Composición de cuota y estados de cuenta.
Historial de facturación.
- Nota suscripta por el usuario, manifestando aumento aplicado indebidamente por la EMP (Entidad de Medicina Prepaga).

Av. Pte. Roque Sáenz Peña 530
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
C1035AAN

0800-222-72583 (SALUD)
www.sssalud.gob.ar



/sss salud



@sss salud

