

HOGARIZADOS - INSTRUCTIVO 2009

Las facturas y/o recibos que emiten mensualmente para el Reintegro de HOGARIZADOS a nuestros afiliados deberá constar con los siguientes datos:

1. **APELLIDO Y NOMBRE**, del beneficiario de las prestaciones con letra clara.
2. **TELÉFONO** particular y/o para mensajes.
3. **NÚMERO DE AFILIADO** completo del beneficiario.
4. **DOMICILIO** actualizado y completo (calle - número- barrio y localidad).
5. **DÍA, MES Y AÑO** de la prestación.
6. **MÓDULO** código autorizado.
7. **MONTO** en número y letra, sin tachaduras ni enmiendas (o en su defecto salvado por el Profesional y/o responsable de la Institución).
8. **RECIBO O FACTURA** conforme según las disposiciones reglamentarias vigentes, y por quien realiza efectivamente la prestación. No olvidar completar los casilleros de IVA-CUIT-ING. BRUTOS.
9. **NÚMERO DE CÓDIGO** otorgado por Apross a la Institución detallado en el recibo (hogarizado).
10. **SELLO Y FIRMA DEL RESPONSABLE** en el recibo.
11. **NÚMERO DE EXPEDIENTE** iniciado para la autorización.
12. **DETALLAR EN MARGEN SUPERIOR DERECHO EN FORMA MANUSCRITA, LUGAR DE PAGO** (Capital 1 - Interior 2
Especificar localidad donde desea se le abone).
13. **SESIONES** en caso de prestaciones de Salud Mental especificar cantidad con fecha y firma del afiliado por sesión.
14. **CON LA LEYENDA DE PAGADO.**
15. **SUPERVIVENCIA** para Hogarizados (presentado completo con firma del afiliado, policía, sello policial y debe abarcar todo el mes de la factura que presenta, y con domicilio del HOGAR donde reside) - En caso de no poder movilizarse, debe consignar datos del Médico que lo informa.
TENER EN CUENTA QUE SE TACHE lo que NO corresponda y que TODO cambio de tinta o error en el certificado debe ser salvado por el policía responsable.
16. **CONSTANCIA DE RESIDENCIA** (RETIRAR FORMULARIO E INSTRUCTIVO EN BOX 3 Y 4 DE ATENCIÓN INTEGRAL)

LAS FACTURAS y toda documentación que se presenta NO DEBEN POSEER ADULTERACIONES Y SI LAS POSEE DEBE SER SALVADA POR EL PROFESIONAL y/o por QUIEN CORRESPONDA.

Las presentaciones serán sin excepción del 1 al 10 de cada mes (a mes vencido) y reservándose el Apross derecho a su recepción de no contar con lo requerido.
TENER EN CUENTA QUE EL ÁREA DE ATENCIÓN AL PÚBLICO ES RECEPTORA SEGÚN NORMAS VIGENTES (INSTRUCTIVOS) CORRESPONDIENTES, Y LA CARGA Y CONTROL LA REALIZA EL ÁREA DE VERIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA, DE ACUERDO A AUTORIZACIONES.

CONSTANCIA DE RESIDENCIA

El formulario debe presentarse desde la facturación de Octubre/2008.

- Adjunto al Certificado de *Supervivencia y Recibo Mensual* (sin esta presentación no se liquidará).
- Debe presentar el original.
- Completo con lapicera azul.
- Cada espacio tiene que ser firmado y sellado por cada responsable que requiere el formulario.
- El formulario solamente reemplaza al pedido de copia de certificado Médico.
- No se aceptan tachaduras sin ser enmendadas por quien corresponde el segmento.
- En caso de no poder firmar el afiliado hogarizado, colocar impresión dígito pulgar, la aclaración y número de documento correspondiente. Serán cumplimentados por el familiar responsable.
- En el ítem "**Puede movilizarse**", el médico debe aclarar si lo puede hacer fuera del hogar o dentro de este.
- Una constancia errónea no es salvada por la presentada al mes siguiente ya que la misma corresponde a cada mes en particular. Deberá ser salvada por quien corresponda o reemplazada.
- Es para todos los afiliados, SIN EXCEPCIÓN.
- En cuanto al familiar responsable consignar entre paréntesis vínculo con el hogarizado.
- Realizado con fecha que abarque el mes informado.

Por Consultas debe comunicarse al CENTRO DE ATENCIÓN AL AFILIADO 0 800 888 2776
E-mail: comunicaciones.apross@cba.gov.ar - www.apross.gov.ar

Nombre y Apellido:
N° de Afiliado:
Domicilio: N° Barrio:.....
Diagnóstico:
Puede Movilizarse: **SI** **NO**.....
Puede Firmar: **SI**..... **NO**.....

.....
Firma y Sello del Médico

Cba...../...../.....

Permaneció hogarizado el mes de completo.....
Tuvo internación..... Retiro..... cambio.....
Habilitación vigente..... Habilitación suspendida desde.....
Causa.....

.....
Firma y Sello del hogar

Cba...../...../.....

.....
Firma, Aclaración y DNI del Afiliado

Cba...../...../.....

.....
Firma, Aclaración y DNI del Familiar Responsable

Cba...../...../.....

REINTEGRO DE SUBSIDIOS DE HOGARIZADOS

EL AFILIADO NO DEBE TENER CARENCIA AFILIATORIA PARA OBTENER ESTE SUBSIDIO

La cobertura es de \$ 550 (Res. 0083/07) y da cobertura desde el día en que se presenta la documentación correspondiente en Apross (Capital y/o Delegaciones).

1) Para iniciar el trámite deberá presentar en Mesa de Entradas en el horario de 8:15 a 17:45 hs. de lunes a viernes:

- Solicitud de reintegro.
- Historia Clínica y prescripción confeccionada por el médico de cabecera.
- Formulario de declaración jurada de situación socioeconómica.

A esto se le debe agregar la documentación que provee el geriátrico:

- Copia legalizada del libro de actas, donde esté registrado el ingreso del paciente a la institución (sólo para afiliados del interior), o certificado de residencia.
- Copia autenticada de historia clínica confeccionada por el médico de la institución donde conste diagnóstico, tratamiento y evolución).
- Copia legalizada de la habilitación de la institución, emitida por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Por último incluir:

- Fotocopia de DNI de la persona hogarizada (1, 2 y 3 hoja)
- Fotocopia último recibo de sueldo
- Certificado de supervivencia de la persona hogarizada debidamente legalizado
- 2 Fotocopias de la/s primera/s factura/s abonada/s del tratamiento (una se anexa al expediente, la otra y la original se presentan en Atención Integral del Afiliado)
- El presente formulario firmado por el afiliado y familiar responsable.
- Copia del Carnet del afiliado beneficiario.

En caso de no ser el titular quien pueda concurrir a cobrar el subsidio, debe completarse el Formulario de autorización para cobro, quien debe ser firmado sin excepción ante Escribano Público o Juez de Paz, y/o iniciar el trámite correspondiente.

2) Presentar en Atención Integral del Afiliado del 1 al 10 de cada mes, a mes vencido:

Factura, constancia de residencia y certificado de supervivencia original y fotocopia de ambos de acuerdo a normativas vigentes. **Solicitar instructivo.** (Ej. Apellido y Nombre del beneficiario de las prestaciones, teléfono, número de afiliado, domicilio, monto, sello y firma del responsable, día, mes y año, detallar en margen el lugar de pago, leyenda de pago).

Las facturas y toda documentación que se presenta no deben poseer adulteraciones, y si las posee deben ser salvadas únicamente por el mismo profesional al igual que los cambios de tintas y datos. Lo mismo ocurre con los Supervivencias deben ser salvados por personal Policial.

3) En Atención Integral al afiliado, Box 3 y 4, podrá solicitar información referida a cobertura autorizados, fechas en que deberá presentar informes evolutivos si posee cobertura Salud Mental, fechas de pago, cambios, fallecimiento, etc.

EL AFILIADO NO DEBE TENER CARENCIA AFILIATORIA PARA OBTENER ESTE SUBSIDIO

4) Si, el Geriátrico hasta el momento no poseía Afiliados al Aprox, para que se consideren los Reintegros el Afiliado deberá presentar Fotocopia de Habilitación otorgada por el Ministerio de Salud, y carpeta con los antecedentes del Geriátrico en Área Hogarizados, quien le otorgará un código interno -Debe estar inscripto en la Afip-.

5) Toda documentación que presente, cualquiera fuere (síntesis de Historia Clínica, recibos de pago) debe ser presentado por original y copia ante la oficina de Atención Integral al afiliado, de Verificación Socioeconómica y/o Delegaciones, de tal manera que el duplicado sea firmado y sellado por el agente que le recibe la misma.

6) El Cupón de Reintegro no cobrado será cargado hasta dos veces más, solo si es solicitado por el Afiliado (Nota del Titular y/o Apoderado).

7) Si el Afiliado **Fallece** notificar inmediatamente y consultar las instrucciones para el pago de recibos pendientes de liquidación en Atención Integral.

Titular: Nota Familiar informando deceso y copia de acta de defunción y declaratoria de herederos.

Afiliado a cargo: Nota titular notificando deceso y copia de acta de defunción certificada.

8) Si el Afiliado es retirado y/o cambiado de geriátrico

Debe ser notificado por escrito a Aprox para proceder a las Auditorias respectivas, debiendo presentar la nota al Área Hogarizados a fin de ser incorporado al expediente iniciado originalmente.

9) Se recuerda que se debe notificar además si el Afiliado durante el mes no estuvo en el Hogar (por vacaciones, retirado por algún familiar, internación, etc.), puesto que esos días no deben ser abonados.

10) Solo se abona con recibo ORIGINAL y de acuerdo a normativas impositivas vigentes.

TENER EN CUENTA QUE SI ESTA INSTITUCIÓN LO ADVIERTE SERÁ EFECTIVAMENTE DESCONTADO independiente del tiempo de nuestra notificación.

11) El primer reintegro se efectiviza a los 90 días aproximadamente. Para averiguar fechas de pago deberá comunicarse al

0 800 888 2776 / 4689435

o ingresar en la Página Web - **www.apross.gov.ar / comunicaciones.apross@cba.gov.ar**-

Los reintegros se abonan en el Banco de Córdoba, sucursal General Paz 44 o en las sucursales del interior (solicitadas), donde deberá presentarse el titular o apoderado (designado mediante formulario presentado y registrado anterior a la liquidación) con DNI.

12) Observaciones:.....

.....

.....

Fecha:...../...../.....

Firma del afiliado y/o familiar:.....

Aclaración:.....

DNI:.....