

REINTEGROS DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS, PSIQUIÁTRICO Y PSICOPEDAGÓGICO

La cobertura es de hasta 4 sesiones mensuales de tratamiento por un valor de \$ 13,62 cada sesión (hasta \$ 54,48 mensuales), por un período máximo de hasta dos años.

El reintegro es hasta seis meses retroactivo desde el día en que se presenta la documentación correspondiente.

Para acceder a este beneficio el afiliado NO debe tener carencias.

1) Para iniciar el trámite deberá presentar en MESA DE ENTRADAS en el horario de 8:15 a 17:45 hs:

- Solicitud de reintegro.
- Informe del profesional COMPLETO en el formulario correspondiente (con datos afiliatorios, motivo de consulta, evaluación psicológica, cantidad de sesiones mensuales, código de diagnóstico según DSM IV, fecha, sello y firma del profesional).
- Fotocopia del recibo de sueldo del titular.
- 2 fotocopias de la/s primera/s factura/s abonada/s del tratamiento (una copia se anexa al expediente, la otra y la original se presentan en Atención Integral del Afiliado).
- El presente formulario firmado por el afiliado.
- Copia del carnet del afiliado que hace el tratamiento.

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

- **Factura original y fotocopia** por honorarios de acuerdo a normativas vigentes. Solicitar instructivo. (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, detallar cantidad de sesiones con la fecha exacta y firma del afiliado en cada sesión, leyenda "pagado").

3) Cada tres meses deben presentarse **INFORMES COMPLETOS DE EVOLUCIÓN** de tratamiento de acuerdo a los ítems del formulario. Para ello deberá solicitar el mismo en Atención Integral del Afiliado. No se recibirán facturas de honorarios sin la presentación de los informes correspondientes. Las facturas y los informes no deben poseer adulteraciones o cambio de tinta. Si las poseen deben ser salvadas, por el profesional.

4) En ATENCIÓN INTEGRAL AL AFILIADO, BOX 3 Y 4, podrá solicitar información referida a períodos de cobertura autorizados, fechas en que deberá presentar informes evolutivos, fechas de pago, etc.

5) 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) con DNI.

6) Consultar en Atención Integral sobre el procedimiento de cambio de titularidad, fallecimiento, etc.

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

Firma del afiliado titular.....

Aclaración:.....