



MANUAL DE PROCEDIMIENTO PARA DISCAPACIDAD (PLAN 7)

INDICE

1. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR ANUALMENTE POR EL AFILIADO.....	1
2. DOCUMENTACIÓN PRESTADORES.....	4
3. FACTURACIÓN DEL PRESTADOR.....	6
4. CAMBIO DE PRESTADOR.....	7
5. MODELO PRESUPUESTO PRESTADOR.....	8
6. MODELO PRESUPUESTO TRANSPORTE.....	9

Las prestaciones de discapacidad se renuevan **ANUALMENTE**. Debe presentarse nuevamente toda la documentación, cumpliendo los siguientes requisitos (sin excepción):

- Debe ser presentada **por el afiliado titular**.
- Por única vez, en una carpeta o folio, agrupando la prestaciones de **todas las especialidades necesitadas por el afiliado beneficiario**.



1. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR ANUALMENTE POR EL AFILIADO

1. Fotocopia de D.N.I.

Se deberá adjuntar fotocopia de las dos primeras hojas del DNI/LE/LC/CI, según corresponda, del titular y del beneficiario.

2. Fotocopia del certificado de discapacidad.

Se deberá adjuntar fotocopia del certificado de discapacidad vigente. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 –Ley 22.431/87).

IMPORTANTE: Si el beneficiario aún no ha obtenido su Certificado de Discapacidad, **NO** podrá solicitarse cobertura por Discapacidad.

3. Diagnóstico del Neurólogo y/o Psiquiatra

El mismo debe ser en **original**.

Debe estar confeccionado por el médico tratante del beneficiario y actualizado. A su vez, deberá estar completo y contener aquellos datos que sean relevantes para el tratamiento prescripto.

Debe tener fecha de emisión anterior a la fecha de inicio de la prestación.

La firma del profesional debe estar aclarada mediante sello legible.

4. Prescripción médica.

La misma debe ser en **original**.

La fecha de emisión debe ser **anterior** al período solicitado para la prestación (Ejemplo: si la prestación comienza el 01/03, la fecha debe ser 29/02 o anterior).

Debe indicar el diagnóstico.

Debe indicar el período correspondiente para el año solicitado (meses de concurrencia). (Ejemplo: Marzo a Diciembre del año a iniciar).

La firma y el sello del profesional deben ser legibles.

Si se solicitan prestaciones ambulatorias por sesión, debe indicar **especialidad y cantidad semanal o mensual de sesiones** requeridas para cada una de ellas.

Si se solicita concurrencia a Institución (EGB, CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día), será necesario aclarar el **tipo de jornada** (simple o doble).



5. **La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada** por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.
La fecha de emisión de la prescripción no podrá ser posterior a la fecha de inicio del período solicitado en la misma.
Debe existir total coincidencia entre lo que el médico tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.
6. **Constancia de Alumno Regular.** En caso de que el afiliado beneficiario no concurra a establecimiento educativo, deberá acreditarse mediante nota firmada por el afiliado titular.
7. **Presupuesto del profesional o institución** en original, con fecha anterior al inicio de la prestación, con firma y sello de responsable.
8. **Carga horaria y cronograma** semanal de asistencia del profesional y/o institución.
9. **Proyecto de trabajo** con sus objetivos. En el caso de maestro de apoyo o integración escolar, las adaptaciones curriculares correspondientes, firmado por la institución a cargo del AIE o maestro de apoyo y por la máxima autoridad del establecimiento de escolaridad común.
10. **Acta Acuerdo** (sólo para integración escolar y maestro de apoyo), firmada en original por un representante de la institución a cargo del AIE o maestro de apoyo, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el padre o madre del beneficiario (todas las firmas en original).



2. DOCUMENTACIÓN PRESTADORES

Sólo podrán ser prestadores de esta Obra Social todos aquellos profesionales que tengan **cinco (5) años o más de ejercicio en su profesión.**

- Nota solicitando ser prestador, con firma y sello en original.
- Currículum Vitae nominal.
- Fotocopia de Título habilitante.
- Certificado de inscripción en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud (Art. 29 – Ley 23.660). Se deberá presentar Constancia de Inscripción vigente con el texto completo y el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Fotocopia de matrícula.
- Seguro de Mala Praxis.
- Constancia de inscripción AFIP. actualizada.
- Fotocopia de DNI.
- Número de CUIT.
- Comprobante de CBU de Cuenta Bancaria.
- En el caso de Centros de Día, Centros Educativos Terapéuticos e Instituciones que brinden apoyo a la integración escolar: Se deberá presentar el dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Prestadores de Servicios de Atención a favor de las Personas con Discapacidad dependiente del Servicio Nacional de Rehabilitación

DOCUMENTACIÓN PARA TRANSPORTE ESPECIAL

El módulo de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. **Esta cobertura le será otorgada siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 2414, art 22 inc a).**



El pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos relevantes que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros con un acompañante, ya sea por dificultades motoras y/o conductuales.

- Copia de la póliza de seguro y último comprobante del último pago del transportista.
- Fotocopia de carnet de conducir vigente.
- Fotocopia de la habilitación vigente.
- Presupuesto con fecha anterior al inicio de la prestación, completo en su totalidad, con firma y sello del responsable.



3. FACTURACIÓN DEL PRESTADOR

Para la facturación mensual, el prestador deberá presentar la siguiente documentación en ASPURC.

Sesiones y prácticas

- Factura por total mensual.
- Planilla de asistencia firmada por prestador y tutor.
- R/P confeccionado por el prestador con bono ASPURC de autorización.
- En Julio y Diciembre presentar informe de evolución elaborado por el prestador.

Maestro de Apoyo

- Factura por total mensual.
- Planilla de asistencia firmada por prestador, tutor y escuela.
- R/P confeccionado por el prestador con bono ASPURC de autorización.
- En Julio y Diciembre presentar informe de evolución elaborado por el prestador.

Transporte

- Factura por total mensual.
- Planilla de asistencia firmada por prestador y tutor.

3.1. FECHAS DE PRESENTACIÓN

PRESTADOR DIRECTO: Hasta el día 5 de cada mes inclusive. Lunes a Viernes de 8 a 16.

RIO CUARTO: Por Mesa de Entradas de ASPURC (1º piso) o depositar en Buzón en Hall de Entrada.

VILLA MARIA: En oficinas ASPURC.

NO PRESTADOR, PRACTICAS POR REINTEGRO: Hasta el día 25 de cada mes inclusive. Presentar documentación por cualquiera de los siguientes canales:

1. Vía ASPURC Online, a través del usuario del afiliado. Cargar datos y adjuntar foto de documentación.
2. Vía mail: Río Cuarto: reintegros@aspurc.org.ar - Villa María: aspurc_vm@aspurc.org.ar
3. Presentando documentación en oficinas Aspurg.

IMPORTANTE: habiéndose superado la restricción por Covid 19, los procedimientos vuelven a ser los habituales, **por lo que las prestaciones deben llevar el bono de autorización.**

Se deberán solicitar con el pedido por cualquiera de los canales de atención de ASPURC:

RIO CUARTO: Cel: 358 4842125, E-Mail: atp_r4@aspurc.org.ar o presencial en oficinas

VILLA MARIA: Cel: 353 5185498 , E-Mail: aspurc_vm@aspurc.org.ar o presencial en oficinas



4. CAMBIO DE PRESTADOR

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con subsidio por discapacidad ya otorgado, se deberá presentar **nota del afiliado titular** solicitando dicho cambio, con:

- Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
- Firma, aclaración y número de documento del titular.
- Presupuesto del nuevo prestador.
- Nuevo Proyecto de trabajo con objetivos.
- Título habilitante, inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) y/o categorización de la institución según corresponda.

IMPORTANTE: Es imprescindible esperar la autorización de la Obra Social para comenzar con cada tratamiento.



5. MODELO PRESUPUESTO PRESTADOR

Fecha de Emisión:/...../.....

Beneficiario Causante:

DNI:

Prestación/Especialidad:

Período:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto sesión:

Monto mensual:

Cronograma de asistencia: Indicar el horario en cada día de asistencia (excluyente)

.....
.....
.....

Observaciones:

.....

Prestador:

Domicilio de atención:

Teléfono:

CUIT:

Condición frente al IVA:

Ing. Brutos:

(*) La falta de alguno de los datos aquí requeridos imposibilita el alta como prestador

Firma

Aclaración



6. MODELO PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión:...../...../.....

Beneficiario:..... DNI:.....

Transporte a:

Ida:

Desde.....

Hasta:.....

Km por viaje:.....

Vuelta:

Desde.....

Hasta:.....

Km por viaje:.....

Monto por Km.: Total Km. mensuales:

Monto mensual:.....

Prestador:

Domicilio:

Teléfono:

Compañía de Seguros:

Póliza N.º:

Condición frente al IVA:

Ing. Brutos:

Importante: Especificar días y horarios.

Firma

Aclaración