O.S.P.I.S.
Obra Social del Personal
de Instalaciones Sanitarias

CARTILLA

DISCAPACIDAD.

ANEXO IV.

AÑO 2027

RNAS 1-1960-9

INTRODUCCIÓN

La Obra Social del Personal de Instalaciones Sanitarias (O.S.P.I.S.) garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley Nº 24901, que instituye el Sistema de Prestaciones Básicas para la rehabilitación integral a favor de las Personas con Discapacidad dentro del marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, según lo establecido en le Resolución Nº 428/99 - MSAL y sus normas complementarias.

A tal efecto, se detalla a continuación las prestaciones que se brindan a los beneficiarios afiliados a la Obra Social que presenten un Certificado Único de Discapacidad (CUD), a través de la página web www.ospis.com.ar. Allí están especificados los alcances de cada una de las prestaciones a que tienen derecho los beneficiarios con discapacidad, a los efectos tener a su alcance todas las posibilidades de tratamientos, educación y transporte que permitan mejorar su calidad de vida y lograr la mejor posibilidad de inclusión en los grupos según sus edades.

Asimismo, se establece el procedimiento para organizar el circuito de presentación de un pedido de Subsidio de Prestaciones por Discapacidad. Desde cualquier lugar del país a través de las Sedes o Delegaciones del Interior dicho pedido es recibido para su análisis definitivo en el Área de Discapacidad de la Sede Central por parte del Equipo Interdisciplinario creado a tal fin y notificado oportunamente a la Superintendencia de Seguros de Salud.

En cuanto a los tratamientos solicitados por los profesionales tratantes, los responsables de los beneficiarios con discapacidad deben presentar la documentación específica para cada caso, según se indica en el Manual de Procedimientos.

Septiembre 2026.

OBJETIVO

El presente manual tiene como objetivo indicar todas las prestaciones que OSPIS cubre para los beneficiarios a través de los Subsidios por Discapacidad, así como los pasos necesarios para solicitar dicho Subsidio, dentro del marco de la Resolución 428/99.

COBERTURA PARA BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD-SUBSIDIO POR DISCAPACIDAD-

Manual de Procedimiento

DECRETO 904/2016 – MSALUD

RESOLUCIÓN406/2016 SSSALUD

RESOLUCIÓN 887/2017 SSSALUD

RESOLUCIÓN 276/2018 SSSALUD

RESOLUCION 1731/2021 SSSALUD

RESOLUCION 360/22 SSSALUD

RESOLUCIÓN 1743/24 - SSSALUD

AREA DE DISCAPACIDAD

IMPORTANTE

El cumplimiento de estas indicaciones es indispensable para gestionar la cobertura por discapacidad en todos los casos. La recepción de la carpeta no implica la autorización de las prestaciones solicitadas.

La Obra Social reconocerá las prestaciones incluidas en el Nomenclador de las Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, (Resolución 428/99 y sus complementarias), como así también reconocerá para los profesionales hasta los valores retributivos autorizados por dicho nomenclador y sus actualizaciones según Resoluciones oficiales.

ACLARACIONES PRELIMINARES

- El presente instructivo tiene como objetivo enunciar los requisitos necesarios para acceder al subsidio correspondiente a las prestaciones básicas por discapacidad, de acuerdo con lo establecido al nomenclador vigente. El mismo comprende a los beneficiarios mayores de un año (1) hasta los sesenta (60) años inclusive.
- Sera indispensable la presentación de la documentación para la cobertura solicitada, previa al inicio de las prestaciones
- La carpeta deberá ser presentada en forma conjunta, no se recibirán entregas de documentación parciales o que no cumplan con los requisitos de este Instructivo. Se autorizarán desde OSPIS –Sede Buenos Aires -, posterior a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de Discapacidad de la Obra Social.
- Los Subsidios por Discapacidad no tendrán vigencia respetando únicamente el año calendario para el que se solicitan. No podrán exceder los doce meses. Podrán solicitarse por doce meses o por el período que el profesional que prescribe la prestación considere adecuado para cada caso.
  La excepción a esta normativa son las Prestaciones Educativas, Maestras/os de Apoyo y Equipos de Apoyo a la Integración Escolar que deberán cubrirse de Marzo a Diciembre del año para el que se solicite el Subsidio. Lo mismo aplica para los transportes solicitados para esas prestaciones.
- La existencia de cobertura en años anteriores al periodo solicitado no da derecho al profesional interviniente (particular o institución) a continuar con la prestación sin la previa autorización por parte del Equipo Interdisciplinario de OSPIS, ni obliga a la Obra Social a cubrir dichas prestaciones sin el previo análisis de la documentación que se presenta.

- Toda la documentación requerida para solicitar la cobertura de prestaciones por discapacidad debe presentarse sin enmiendas, tachaduras, correcciones, cambios de tinta y/o letra, o debidamente salvadas con firma y sello del profesional.
- Toda la documentación podrá ser presentada en forma digital (escaneo). No se aceptará documentación a través **de fotos.**
- La prescripción del tratamiento **no** puede ser realizada por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones y/o profesional que la brinde.
- La fecha de emisión de la prescripción deberá ser anterior a la fecha de inicio del tratamiento solicitado en la misma.
- En ningún caso la recepción de la documentación implicará la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis del Equipo Interdisciplinario del Área de Discapacidad.
- Las prestaciones sólo podrán ser brindadas cuando cuenten con autorización emitida por el Equipo Interdisciplinario.
- El inicio de las prestaciones sin autorización previa quedará bajo la exclusiva responsabilidad del prestador y no obliga a la Obra Social a hacerse cargo de estas.
- De requerir o ser necesario un cambio de prestador, se deberá adjuntar nota firmada por el responsable del beneficiario con discapacidad con anterioridad a dicho cambio. La misma deberá incluir la fecha de inicio del tratamiento por el nuevo prestador solicitado y fecha de baja de prestador anterior. Debe ser presentada 30 días antes de dicho cambio.
- La autorización de los tratamientos se realizará conforme a lo dispuesto en el Nomenclador vigente de Prestaciones Básicas de Discapacidad. Toda modificación en los valores del nomenclador de aranceles vigente se realizará en forma automática, una vez publicado en el Boletín Oficial.
- Toda la documentación requerida por el Área de Discapacidad se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo con eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

- **Por Resolución 2214/2025 – MS – se establece que las prescripciones se deberán emitir exclusivamente en formato digital o electrónico, a través de plataformas registradas en el Registro Nacional de Plataformas Digitales de Salud**.

DOCUMENTACION A PRESENTAR

Documentación general:

1. **Certificado único de discapacidad**: Presentar fotocopia vigente. El mismo debe ser extendido en formulario oficial de los organismos establecidos por el Ministerio de Salud (Art. 3 Ley 22.431). Debe ser legible y contener los datos correctos de la persona en cuestión. En el caso de contar con turno para la Renovación del CUD, enviar constancia de este con datos del afiliado.
2. **Constancia de alumno regular y Número de CUE (Código Único de Establecimiento)**: Presentar constancia de reserva de vacante o matriculación, constancia de alumno regular del año en curso y una constancia de finalización del ciclo lectivo.
   El responsable del beneficiario tendrá 60 días desde el inicio del ciclo escolar para cumplimentar la constancia de alumno regular con CUE, así como el Acta Acuerdo entre el Establecimiento, el responsable de beneficiario y la/el Maestra/o de Apoyo o Equipo de Apoyo a la Integración Escolar.
3. **Copia de DNI** del beneficiario y del titular/tutor/o a cargo
4. **Copia de credenciales** del afiliado y del titular/tutor/ o a cargo.
5. **Copia de último recibo de haberes** del titular.
6. **Copia de Guarda tutela** (solo en los casos que corresponda).

DOCUMENTACIÓN MÉDICA:

7. **Prescripción médica, en original o medios digitales. (escaneo). No se aceptará el envío a través de fotos.**

Debe presentarse la prescripción médica de todas las prestaciones requeridas, comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, con firma y sello legible del Médico Tratante, que incluya tipo y número de matrícula y especialidad.

Por Resolución 2214/2025 – MS las prescripciones médicas deberán emitirse exclusivamente en formato digital o electrónico a través de plataformas registradas en el Registro Nacional de Plataformas Digitales de Salud.

La prescripción del tratamiento NO puede ser realizada por un médico perteneciente a la Institución en la que se efectuarán las prestaciones. Deben estar firmadas por el médico tratante que firmó la historia Clínica. **Se debe confeccionar una orden por cada prestación.**

En la indicación médica deberán figurar los siguientes datos:

a) Nombre y apellido del beneficiario
b) DNI
c) Obra Social – (OSPIS)
d) Diagnóstico, de acuerdo con lo indicado en el CUD
e) Prestación solicitada: ver especificaciones según tipo de prestación.
f) Período solicitado: indicando desde – hasta (mes y año) Ej: Marzo a Diciembre 2027, en un todo de acuerdo a las nuevas normativas.

Los Subsidios por Discapacidad no tendrán vigencia respetando únicamente el año calendario para el que se solicitan. No podrán exceder los doce meses. Podrán solicitarse por doce meses o por el período que el profesional **que prescribe la prestación considere adecuado para cada caso.**
La excepción a esta normativa son las Prestaciones Educativas, Maestras/os de Apoyo y Equipos de Apoyo a la Integración Escolar que podrán cubrirse de Marzo a Diciembre del año para el que se solicite el Subsidio. Lo mismo aplica para los transportes solicitados para esas prestaciones.

g) Fecha de emisión: deberá ser anterior al período de prestación solicitado (día/ mes/ año).
h) Firma y sello del profesional tratante, indicando nombre, especialidad y matrícula legibles.

Prescripción médica según prestación solicitada:

- **Prestaciones ambulatorias**: Las mismas serán prescriptas por cantidad de sesiones indicando la especialidad y frecuencia semanal y mensual (ejemplo 2 sesiones semanales de Psicología, 8 sesiones mensuales). En el caso de requerir "Módulo Integral Simple/Intensivo", según corresponda, deberá aclarar especialidad y frecuencia semanal (ejemplo, Solicito Módulo integral Intensivo: Psicología 2 sesiones semanales, Terapia ocupacional 2 sesiones semanales, Fonoaudiología 2 sesiones semanales)., indicando además qué días y en qué horarios se prestará cada prestación.
- **Prestaciones institucionales**: En los casos en los que se indique concurrencia a Institución (CET, Centro de Día, Hogar con Centro de Día) será necesario detallar el tipo de jornada (simple o doble) y dependencia si correspondiere.
- **Prestaciones educativas**: Educación Especial: indicar si es pre-primaria, primaria o formación laboral, además del tipo de jornada (simple o doble).
- **Transporte**: De corresponder, el pedido de transporte deberá ser prescripto por el médico tratante, el cual debe aportar lugar de origen y destino, indicando dependencia, si correspondiere. En la misma orden médica deberá indicar la causa o motivo por el que requiere transporte.
- **Dependencia**: En caso de solicitar dependencia, deberá estar indicado específicamente en la prescripción médica, con firma y sello del profesional especialista. Se deberá incluir Tabla FIM (Medida de Independencia Funcional) adjuntando además la justificación del pedido. Se debe tener en cuenta que la dependencia se cubre a partir de los 6 (seis) años. En el caso de las prestaciones institucionales (Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogares), la tabla FIM deberá llevar firma y sello de Terapista Ocupacional.
  En el caso del transporte a terapias, será válida la tabla FIM con firma de profesional médico tratante

8 -Resumen de Historia Clínica.

Confeccionada por el médico tratante, constando la fecha de emisión, firma, y sello del profesional; descripción integral de la condición de salud y evolución de la persona con relación a la patología que origina el pedido del Subsidio, indicando las prestaciones que recibe actualmente. Con fecha anterior al inicio de la prestación. (Según Resolución 1743/24 – SSS)

MODALIDADES PRESTACIONALES

Prestaciones Ambulatorias.

Cuando se brinda un solo tipo de terapia de rehabilitación, ésta se considerará PRESTACION DE APOYO.

Se denomina prestación de apoyo aquella que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal de las incluidas en el nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado con el plan de tratamiento respectivo y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal (Escolaridad, CET, Centro de día, etc.). No se autorizará más de una sesión con un mismo profesional en el mismo día. Cuando se requiera mayor tiempo de atención o más de una especialidad, deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de 6 horas semanales. En caso de requerirse mayor tiempo, se deberá reorientar al beneficiario hacia otras prestaciones previstas,

Las prestaciones se brindarán en forma ambulatoria, en el domicilio, consultorio, Centro de Rehabilitación, etc. Será brindada por profesionales, docentes y/o técnicos quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por autoridad competente.

Las prestaciones de rehabilitación comprenden las siguientes terapias: Kinesiología – Terapia Ocupacional – Psicología – Fonoaudiología – Psicopedagogía – Psicomotricidad. – Musicoterapia. – Pedagogía – Hidroterapi

Documentación requerida:

- Orden médica, de acuerdo con lo indicando el apartado específico.

- Conformidad Prestacional. Pueden incluirse varias prestaciones en un mismo formulario. Con firma de conformidad por parte del responsable del beneficiario con firma, aclaración, DNI y vínculo. – Según Res. 360/22 – SSS (Ver modelo adjunto)
- Presupuesto. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto) .
- Informe inicial cuando se trata de una prestación nueva.
- Informe semestral
- Informe evolutivo del período anterior.
- Plan de tratamiento
- Copia de Título profesional.
- Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud vigente. RNP.
- En caso de tratarse de una prestación de apoyo, deberá presentar constancia de alumno regular del año en curso, aclarando el número de Clave Única de Establecimiento (CUE).
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de AFIP.

Módulo de Tratamiento Integral SIMPLE /INTENSIVO

Módulo Integral Simple / Intensivo: Se establecen de acuerdo con la frecuencia con la que se brindan las prestaciones ambulatorias (terapias). Deben ser más de una terapia y cumplir semana completa (5 días semanales) para el caso del Módulo Integral Intensivo; y periodicidades menores a 5 días semanales en el caso de Módulo Integral Simple.

Para poder brindar esta/s prestación/es el Centro y/o Institución deberá estar debidamente inscripta y categorizada.

En ambos casos, en la prescripción médica se deberá detallar el nombre del módulo, las terapias brindadas y la cantidad de sesiones semanales, así como el organigrama que indique día y horario de cada una de las terapias solicitadas.

Documentación requerida

- Orden médica, de acuerdo con lo indicando el apartado específico
- Conformidad Prestacional. Pueden incluirse varias prestaciones en un mismo formulario. Con firma de conformidad por parte del responsable del beneficiario con firma, aclaración, DNI y vínculo. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto)
- Presupuesto. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto).
- Informe inicial cuando se trata de una prestación nueva.
- Informe semestral
- Informe evolutivo del período anterior

- Plan de tratamiento.
- Copia de Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención.
- Inscripción ante la SSS que la habilite para brindar prestación bajo el Mecanismo de Integración.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de ARCA

Módulo de Estimulación Temprana

Es el proceso terapéutico-educativo para promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del bebé y del niño pequeño con alguna discapacidad. Corresponde esta modalidad a niños y niñas con discapacidad de **1a 6 años** cronológica. Deberá ser más de una terapia. Comprende hasta tres (3) sesiones semanales, con participación del grupo familiar.

Documentación requerida

- Orden médica, de acuerdo con lo indicando el apartado específico
- Conformidad Prestacional. Pueden incluirse varias prestaciones en un mismo formulario. Con firma de conformidad por parte del responsable del beneficiario con firma, aclaración, DNI y vínculo. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto)
- Presupuesto. – Según Res. 1743/24– SSS (Ver modelo adjunto).
- Informe inicial cuando se trata de una prestación nueva.
- Informe semestral
- Informe evolutivo periodo anterior.
- Plan de tratamiento.
- Copia de Inscripción en la Agencia Nacional de Discapacidad, conforme a su Categorización y Modalidad de Concurrencia, en caso de corresponder, relacionados con el domicilio de atención.
- Inscripción ante la SSS que la habilite para brindar prestación bajo el Mecanismo de Integración.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de ARCA

Módulo de Apoyo a la Integración Escolar

Se trata del apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles, brindado por institución o equipo categorizado a tal fin. Estos equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo estarán conformados por profesionales y docentes especializados. Abarca una población entre los 3 y los 18 años de edad o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse. Se otorgará a aquellos alumnos con necesidades educativas especiales para integrarse en la ESCOLARIDAD COMÚN (excluyente). El módulo de Apoyo a la Integración Escolar (AIE) implica una carga horaria mínima de 32 hs mensuales.

Documentación requerida:

- Orden médica, de acuerdo con lo indicando el apartado específico
- Conformidad Prestacional. Pueden incluirse varias prestaciones en un mismo formulario. Con firma de conformidad por parte del responsable del beneficiario con firma, aclaración, DNI y vínculo. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto)
- Presupuesto. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto).
- Informe inicial cuando se trata de una prestación nueva.
- Informe semestral.
- Informe evolutivo periodo anterior
- Plan de tratamiento.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Inscripción ante la SSS que la habilite para brindar prestación bajo el Mecanismo de Integración.
- Proyecto Pedagógico de Integración (PPI). El mismo debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos a alcanzar, firmado por representante de la institución a cargo del AIE y por el representante de la Institución que brinda la prestación.
- Constancia de alumno regular de escuela común, con CUE. (dentro de los 60 días de iniciado el ciclo lectivo).
- Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; Institución educativa común; Institución que brinda la Integración Escolar (indicando los datos de la docente que asistirá a la escuela común). Deberá ser presentada dentro de los 60 días de iniciado el ciclo lectivo)
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU)
- Constancia de ARCA

Módulo Maestra/o de Apoyo

Maestro de Apoyo es el que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Esta modalidad podrá ser brindada **exclusivamente** por profesionales con incumbencia en el campo pedagógico: Lic. en Psicopedagogía, Lic. en Ciencia de la Educación, Profesores de Educación Especial, Maestros con orientación en Educación Especial y maestros comunes con títulos habilitantes. El profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

Quedan exceptuados, específicamente, los Lic. en Psicología.

Documentación requerida:

- Orden médica, de acuerdo con lo indicando el apartado específico
- Conformidad Prestacional. Pueden incluirse varias prestaciones en un mismo formulario. Con firma de conformidad por parte del responsable del beneficiario con firma, aclaración, DNI y vínculo. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto)
- Presupuesto. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto) .
- Informe inicial cuando se trata de una prestación nueva.
- Informe semestral
- Informe evolutivo periodo anterior.
- Plan de tratamiento
- Copia de Título, y en el caso de maestros o profesores deberán adjuntar certificados analíticos.
- Proyecto Pedagógico de Integración (PPI). Es requisito indispensable para autorizar esta prestación. El mismo debe incluir adaptaciones curriculares por área, objetivos a alcanzar y debe contar con firma y sello de la profesional independiente que realiza la integración
- Constancia de alumno regular de escuela común (Debe contener el CUE, Código Único de Establecimiento).
- Acta acuerdo original firmada entre partes intervinientes: madre/padre/tutor; Institución educativa común; maestro/a de apoyo
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de ARCA

Prestaciones Educativas Especiales

Las prestaciones de carácter educativo contempladas se cubrirán hasta 11 (once) meses, quedando incluido en esta cobertura el concepto de matrícula. (Mes de Febrero). Queda expresamente excluido el mes de Enero.

Educación Inicial o Pre-Primaria.

Proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los 3 y los 6 años aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada.

Abarca a los niños dentro de ese rango etario con posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático. Pueden concurrir niños con discapacidades leves, moderadas o severas, niños y niñas con discapacidad sensorial, motora con o sin compromiso intelectual. Puede brindarse en Escuela Especial y/o Escuela Común con o sin maestro de apoyo.

Educación General Básica

Proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y los 14 años aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente.

Abarca niñas y niños con discapacidades leve, moderada o severa, sensoriales, motoras con o sin compromiso intelectual, entre 6 y 14 años. Puede ser en Jornada Simple o doble con o sin Apoyo a la Integración Escolar o Maestro de Apoyo.

Formación Laboral

Proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia. Destinado a Adolescentes, jóvenes discapacitados entre los 14 años y 24 años cronológicamente y aproximadamente. Adultos con discapacidad adquirida entre los 24 y 45 años de edad, podrán beneficiarse de la formación Laboral y/o Rehabilitación Profesional por un período no mayor a 2 (dos) años.

Documentación para prestaciones educativas especiales.

- Orden médica, de acuerdo con lo indicando el apartado específico
- Conformidad Prestacional. Pueden incluirse varias prestaciones en un mismo formulario. Con firma de conformidad por parte del responsable del beneficiario con firma, aclaración, DNI y vínculo. – Según Res. 1743/24– SSS (Ver modelo adjunto)
- Presupuesto. – Según Res 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto) .
- Informe inicial cuando se trata de una prestación nueva.
- Informe semestral
- Informe evolutivo periodo anterior
- Plan de tratamiento
- Copia COMPLETA del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.

- Inscripción ante la SSS que la habilite para brindar prestación bajo el Mecanismo de Integración.
- Inscripción ante la SSS para brindar prestación bajo el Mecanismo de Integración.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de ARCA

Centro Educativo Terapéutico

Brinda tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodología y técnicas de carácter terapéutico. Está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. Está dirigido a personas con discapacidad (mental, lesionados neurológicos, pacientes con parálisis cerebral, multidiscapacitados) entre los 4 y 24 años.

Puede ser en Jornada Simple o Doble, con o sin dependencia.

De ser requerida atención con dependencia, se deberá presentar tabla FIM (Tabla de Medida de Independencia Funcional), firmada únicamente por TERAPISTA OCUPACIONAL.

Documentación requerida:

- Orden médica, de acuerdo con lo indicando el apartado específico
- Conformidad Prestacional. Pueden incluirse varias prestaciones en un mismo formulario. Con firma de conformidad por parte del responsable del beneficiario con firma, aclaración, DNI y vínculo. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto)
- Presupuesto. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto).
- Informe inicial cuando se trata de una prestación nueva.
- Informe semestral
- Informe evolutivo periodo anterior
- Plan de tratamiento.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Inscripción ante la SSS que la habilite para brindar prestación bajo el Mecanismo de Integración
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de ARCA

Centro de Día

Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

Abarca a niños, niñas, jóvenes y/o adultos con discapacidades severas y/o profundas, imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida. Puede ser en Jornada Simple o doble, con o sin dependencia.

De ser requerida atención con dependencia, se deberá presentar tabla FIM (Tabla de Medida de Independencia Funcional), firmada únicamente por TERAPISTA OCUPACIONAL.

Documentación requerida:

- Orden médica, de acuerdo con lo indicando el apartado específico
- Conformidad Prestacional. Pueden incluirse varias prestaciones en un mismo formulario. Con firma de conformidad por parte del responsable del beneficiario con firma, aclaración, DNI y vínculo. – Según Res. 1743/24– SSS (Ver modelo adjunto)
- Presupuesto. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto)
- Informe inicial cuando se trata de una prestación nueva.
- Informe semestral
- Informe evolutivo periodo anterior
- Plan de tratamiento.
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Inscripción ante la SSS que la habilite para brindar prestación bajo el Mecanismo de Integración
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de IIBB.
- Nº de contacto aclarando la característica y casilla de correo.

Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con CET, permanente o de lunes a viernes

Se trata del recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. Está dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los oros sistemas ya enunciados y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

Abarca a niños, adolescentes, jóvenes y adultos de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad.

Están las modalidades: Hogares de lunes a viernes u Hogares permanentes y pueden combinarse con Centro de día. Centro Educativo Terapéutico, Educación General Básico, Educación Inicial y Formación Laboral.

Será necesario que la Institución presente un informe socio-ambiental, a fin de justificar la imposibilidad de continencia familiar.

En caso de solicitar alguna de estas modalidades, la prescripción de la misma debe estar adecuadamente fundamentada: el médico deberá fundamentar si el beneficiario atraviesa por una situación clínica de gravedad que imposibilite su cuidado en su ambiente familiar. Asimismo, en caso que el beneficiario tenga familiares, se deberá indicar la razón por la cual dichos familiares no pueden hacerse cargo del mismo en su domicilio.

De ser requerida atención con dependencia, se deberá presentar tabla FIM (Tabla de Medida de Independencia Funcional), firmada únicamente por TERAPISTA OCUPACIONAL.

Internación en Rehabilitación

Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgo de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

Se entiende por servicio de rehabilitación aquel que mediante el desarrollo de un proceso de duración limitada y con objetivos definidos, permita a la persona con discapacidad alcanzar un nivel funcional óptimo para una adecuada integración social, a través de metodologías y técnicas específicas, instrumentando por un equipo multidisciplinario.

La cobertura será por tiempo determinado, considerando que esta prestación no conforma un recurso institucional que tenga como objetivo brindar cobertura a los requerimientos básicos esenciales a pacientes crónicos con discapacidades severas o profundas.

Residencia

Se entiende a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas. Destinado a una población entre 18 y 60 años de edad de ambos sexos que les permita convivir en este sistema.
Están las opciones de Módulo de alojamiento permanente, y Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

Pequeño Hogar

Se entiende al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes con discapacidad sin grupo familiar propio y/o con grupo familiar no continente. Destinado

a personas con discapacidad desde los 3 años y hasta los 21 años., de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.
Están las opciones de Módulo de alojamiento permanente, y Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

Informe Social que avale la necesidad del módulo Hogar, suscripto por Licenciado en Trabajo Social **que no pertenezca a la institución que brinda el tratamiento.**

Documentación requerida:

- Orden médica, de acuerdo con lo indicando el apartado específico
- Conformidad Prestacional. Pueden incluirse varias prestaciones en un mismo formulario. Con firma de conformidad por parte del responsable del beneficiario con firma, aclaración, DNI y vínculo. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto)
- Presupuesto. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto)
- Informe inicial cuando se trata de una prestación nueva.
- Informe semestral.
- Informe evolutivo periodo anterior.
- Plan de tratamiento
- Copia completa del dictamen de categorización e inscripción en el Registro de Nacional Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad, donde figure la razón social, domicilio del establecimiento, prestación y la categoría.
- Inscripción ante la SSS para brindar prestación bajo el Mecanismo de Integración.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de ARCA
- Nº de contacto aclarando la característica y casilla de correo.

Transporte Especial

La prestación de transporte comprende el traslado del beneficiario con capacidades especiales desde su domicilio hasta el lugar de atención y viceversa.

Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario **se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo con lo previsto en la Ley 24314, art 22 inc. a).** Se tendrá en cuenta la orientación prestacional del CUD.

La prestación se autorizará por cantidad de Km. mensuales y será abonada por mes entero, quedando sujeta a débito, cuando el servicio sea prestado en menos de un 80% del período. Para los servicios educativos, se encuentran incluidos los días de receso invernal. (Resolución 1992/2015 – MS).

Según Resolución Conjunta 1/2023 – MS – AND se implementa el concepto de "tramo corto ". Se establece el valor del tramo corto en el transporte para personas con discapacidad, fijando como valor base de la prestación el equivalente a la cobertura de 12 (doce) km. diarios, incluyendo el traslado de ida y vuelta por recorrido.

Los traslados inferiores a 12 km. se considerarán como tramo corto.

En el caso de multiplicidad de prestaciones para personas con discapacidad en el mismo día, se respetará el tramo corto por cada prestación.

Dependencia

Se considera persona con discapacidad dependiente a la que, debido a su tipo y grado de discapacidad requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana como: higiene, vestido, alimentación o deambulación, conforme el índice de independencia funcional (FIM).

La escala FIM debe ser confeccionada por Licenciado/a en Terapia Ocupacional. No se aceptarán escalas FIM completadas por otros profesionales. En el caso en que el beneficiario solo asista terapias puede ser firmada por el profesional tratante.

El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 (seis) años de vida con escala FIM.

Se tendrá en cuenta para el transporte a partir de los 6 (seis) años, ya que siendo menores de edad deben ser acompañados por un adulto responsable y no corresponde solicitar adicional por dependencia.

Sólo se reconocerá arancel adicional por dependencia para las modalidades:

• Centro de Día.

• Centro Educativo Terapéutico.

• Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico.

• Transporte a partir de los 6 (seis) años y en los casos en que se encuentre debidamente justificado.

<u>Documentación requerida:</u>

- Orden médica, de acuerdo con lo indicando el apartado específico
- Conformidad Prestacional. Pueden incluirse varias prestaciones en un mismo formulario. Con firma de conformidad por parte del responsable del beneficiario

con firma, aclaración, DNI y vínculo. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto)

- Presupuesto. – Según Res. 1743/24 – SSS (Ver modelo adjunto)
- Presupuesto. En el mismo deberá indicarse lugar de salida y llegada, cantidad de Km. diarios y mensuales; cantidad de viajes mensuales; indicar si contempla dependencia.
- Habilitación municipal y/o provincial vigente.
- Seguro del vehículo y licencia de conducir.
- VTV (Verificación Técnica Vehicular) vigente.
- Hoja de ruta según "Google Maps": www.maps.google.com.
- Constancia de CUIT y datos bancarios (CBU).
- Constancia de ARCA.
- Cuando se solicite el servicio de transporte especial para concurrir a Escuela común, deberá adjuntar constancia de alumno regular emitida por la institución a los fines de acreditar dicha concurrencia

Cambio de prestador

En los casos que se solicite el cambio de prestador para una modalidad con prestaciones por discapacidad ya otorgadas, la documentación debe remitirse con anterioridad o hasta dentro de los 30 (treinta) días de producida la novedad.

O.S.P.I.S.
Obra Social del Personal
de Instalaciones Sanitarias

NOTA DE CBU

……,…… de..... de 20….

Señores:

Mediante la presente cumplo en informarles la cuenta bancaria donde podrán depositar mis pagos:

Cuenta: Caja de Ahorro $ / Cuenta Corriente $ (tachar lo que NO corresponda)

Banco y Número de Cuenta: ……

CBU (22 dígitos) ……..

Denominación: (titular o empresa) ……..

CUIT: ……..

Beneficiarios a los que se les brinda prestación:

- .. . .
- .. . .
- . .. .
- .. . .
- .. . .
- .. . .

Sin otro particular saluda a Uds. muy atentamente,

Firma. . . . . ..

Aclaración. . . . . ..

E-mail… . . . . . .

CONFORMIDAD DE PRESTACIONAL.

Fecha: ……. /……/……..

Apellido y nombre del beneficiario:……

Número de Afiliado/ D.N.I.: ……

Yo……

con DNI .....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles:

1. Prestación: ……..

Prestador:……

Período de la prestación: Desde……mm/aa hasta..... mm/aa

2. Prestación: ……

Prestador: ……..

Período de la prestación: Desde.....mm/aa hasta ..... mm/aa

3. Prestación: ……

Prestador: ……

Período de la prestación: Desde……mm/aa hasta..... mm/aa

4. Prestación: ……..

Prestador: ……

Período de la prestación: Desde……mm/aa hasta..... mm/aa

Firma: ……

Aclaración y vínculo ……

Documento de Identidad: ……

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre

de….....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados

Firma:…….

Aclaración y vínculo ……..

Documento de Identidad: ……

PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de emisión: ……/……/…….

Razón social del Prestador: ……

C.U.I.T.: …….

Domicilio donde se realiza la prestación: ……

……

Correo electrónico de contacto: ……Teléfono: …….

Beneficiario: ……

D.N.I.: ……..

Modalidad prestacional a brindar:……

Tipo de jornada a realizar……Categoría: …….

Período: Desde ……..mm/aa Hasta…….. mm/aa

En caso de corresponder:

Dependencia: SI - NO

Almuerzo: SI - NO

Matrícula anual: ……

Monto mensual: ……..

Cantidad de sesiones mensuales ……Monto por sesión: …….

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: Indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	**Lunes**	**Martes**	**Miércoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sábado**
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y aclaración del prestador, con número de matrícula.

……

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ……/ ……/.....

Apellido y nombre del beneficiario: …….....

Número de afiliado y/o DNI: ……....

Yo.....con DNI

……..…doy mi conformidad al diagrama de traslados por el periodo desde

…….mm/aa -Hasta..... mm/aa

Firma: ……..

Aclaración: ……..

Documentos de Identidad: ……..

Dejo constancia que no le accedido al beneficio estipulado en la Ley Nº 19279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR.

Por la presente dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de

….....

Manifiesto ser el familiar responsable/tutor y autorizo el diagrama de traslados.

Firma:…….

Aclaración: …….

Documento de Identidad: ……

Dejo constancia que no le accedido al beneficio estipulado en la Ley Nº 19279 y sus modificatorias. La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

PRESUPUESTO TRANSPORTE.

Fecha de emisión: ……/ ……../ ……

Razón social del prestador: ……

C.U.I.T.: ……

Mail de contacto: …….. Teléfono: ……

Compañía de Seguros: ……Póliza Nº: ……..

Beneficiario: ……D.N.I.: ……..

Período: desde: ……hasta: ……..

Diagrama de traslados.

Viaje	Domicilio de partida	Domicilio de destino	Km. por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslados.: Marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Valor del Km: …… Monto Mensual: $ ……

Total Km. mensuales……

Adicional dependencia 35 %: SI - NO

Firma y aclaración del transportista: ……

ESCALA DE MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

Nombre y apellido del beneficiario:…… DNI: ……

FIM TOTAL	DOMINIO	CATEGORIAS	PUNTAJE
126 PUNTOS	MOTOR - 91 PUNTOS	**AUTOCUIDADO**	
		1.- Alimentación	
		2.- Arreglo personal	
		3.- Baño	
		4.-Vestido hemicuerpo superior	
		5.-Vestido hemicuerpo inferior	
		6.- Aseo perineal	
		CONTROL ESFINTERES	
		7.- Control de vejiga	
		8- Control de intestino	
		MOVILIDAD	
		9.- Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	
		10.- Traslado al baño	
		11.- Traslado a bañera o ducha	
		AMBULACION	
		12.- Caminar / desplazarse en silla de ruedas	
		13.- Subir y bajar escaleras	
	COGNITIVO 35 PUNTOS	**COMUNICACIÓN**	
		14.- Comprensión	
		15.- Expresión	
		CONOCIMIENTO SOCIAL	
		16.- Interacción social	
		17.- Solución de problemas	
		18.- Memoria	
TOTAL			

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de dependencia	Nivel de funcionalidad
Sin ayuda	7.- Independencia completa
	6.- Independencia modificada
Dependencia modificada	5.- Supervisión
	4.- Asistencia mínima (mayor del 75% de independencia)
	3.- Asistencia moderada (mayor del 50% de independencia)
Dependencia completa	2.- Asistencia máxima (mayor del 25% de independencia)
	1.- Asistencia total (menor del 25% de independencia)

JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA

Nombre y Apellido del
beneficiario:……

D.N.I.:……

JUSTIFICACION ADICIONAL POR DEPENDENCIA EN:
……

Evaluación global – Datos relevantes para la modalidad

Indique conceptos en base a la evaluación fisiátrica y neuro-psicológica realizada, los niveles funcionales neurolocomotores y cognitivos del paciente:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Firma y sellos del/los profesionales intervinientes

Fecha: ……de ..... de 20……

ACTA ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÒN ESCOLAR

(O MAESTRO DE APOYO)

En la Ciudad de ……. a los ……. días del mes de ……del año …….. y siendo las ..... horas, se reúnen en el Establecimiento ……. ubicado en la calle ……de la Ciudad de ……el / la director/a ……..y el / la docente de Apoyo a la Integración ..... al solo efecto de celebrar la firma del ACTA ACUERDO DE APOYO A LA INTEGRACIÒN ESCOLAR, con el fin de brindar Apoyo al proceso de integración escolar al alumno /a …… que cursa ……. Turno ……

La Maestra de Apoyo y la Escuela Integradora, acuerdan:

- **La Maestra de Apoyo asistirá a la Escuela Integradora los días……..en l franja horaria de ……hs. a ..... hs.**
- **Acompañar el proceso de integración del alumno.**
- **Brindar asesoramiento permanente a las docentes integradoras.**
- **Elaborar en forma conjunta, las adecuaciones curriculares en función de las necesidades educativas del alumno sean éstas de espacio, tiempo, contenido y/o materiales.**
- **Orientar acerca del material a utilizar en los diferentes espacios curriculares.**
- **Sugerir la adaptación de estrategias y contenidos.**
- **Participar de reuniones de padres, cuando la escuela integradora lo solicite, previo acuerdo de horarios.**
- **Habilitar un cuaderno de comunicaciones, mediante el cual los docentes puedan solicitar información y manifestar inquietudes.**
- **Dar a conocer a los padres, la modalidad de trabajo entre la escuela inclusiva y el servicio de Apoyo a la Integración.**

Siendo las .....horas, se da por finalizada la firma acuerdo.

……. **…….**

Firma del responsable del beneficiario **Firma del directivo y sello de la**

(con aclaración., DNI y vínculo) **Institución.**

…….

Firma del/la Maestro/a de Apoyo

(con aclaración y DNI).

Centros de Orientación y Coordinación de Prestaciones y Autorizaciones.

BUENOS AIRES

Pasco 1040
C.A.B.A.
Tel. (011) 4941-7456 / 0 800 666 7747
coordinacion@ospis.com.ar

Horario de Atención:

09:00 a 13:00 Hs. y 14:00 a 18:00 Hs.

Centro de Autorizaciones
autorizacionespais@ospis.com.ar

CÓRDOBA

9 de Julio 721
Tel: (0351) 428 4864
coordinacion@ospis.com.ar

Horario de Atención:

09:00 a 13:00 Hs.

Centro de Autorizaciones
autorizacionespais@ospis.com.ar

JUJUY

Necochea 251 1º Piso Of. 47
San Salvador de Jujuy

Tel. (0388) 4310061
coordinacion@ospis.com.ar

Horario de Atención:

09:00 a 13:00 hs.

Centro de Autorizaciones

autorizacionespais@ospis.com.ar

SALTA

M. M. de Güemes 1188 - Salta
coordinacion@ospis.com.ar

Horario de Atención:

09:00 a 13:00 Hs. y 14:00 a 18:00 Hs.

Centro de Autorizaciones
autorizacionespais@ospis.com.ar

SAN JUAN

Av. Libertador 861, Este. – San Juan
coordinacion@ospis.com.ar

Horario de Atención:

09:00 a 13:00 Hs.

Centro de Autorizaciones
autorizacionespais@ospis.com.ar

TUCUMÁN

Gral. Paz 202 esq. Entre Ríos
San Miguel de Tucumán
coordinacion@ospis.com.ar

Horario de Atención:

09.00 a 13.00 hs.

Centro de Autorizaciones
autorizacionespais@ospis.com.ar

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO – PROCEDIMIENTO DE AUTORIZACIONES

El Equipo Interdisciplinario de Discapacidad opera en la Sede de Buenos Aires, ubicada en la calle Pasco 1040 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El contacto con el Equipo Interdisciplinario puede hacerse a través de los siguientes medios:
Por mail: equipointerdisciplinario@ospis.com.ar
Telefónicamente: al 4941-7456
Virtualmente (zoom): previo acuerdo entre el responsable del beneficiario y el Equipo Interdisciplinario
Presencial: previo acuerdo entre el responsable del beneficiario y el Equipo Interdisciplinario.

Toda la documentación que es recibida en cada una de las sedes habilitadas para tal fin, se envía a la Sede de Buenos Aires, donde el Equipo Interdisciplinario finaliza el análisis de ésta. De ese análisis surgen las posibles observaciones y / o reclamos que se remiten al lugar de origen. De estar correcta la documentación, se genera la correspondiente autorización para el tratamiento solicitado.
Dicha autorización se remite a la Sede de origen desde donde se mantiene el contacto tanto con el responsable del beneficiario del subsidio como con el/los prestadores.

Queda a criterio del Equipo Interdisciplinario el pedido de documentación adicional que justifique la/s prestación/es solicitadas así como la sugerencia de modificaciones en los planes de tratamiento.
Asimismo, el Equipo cumple con el seguimiento de dichos tratamientos, a través del pedido de informes de las distintas terapias que se canaliza a través de las Sedes donde se originan los Subsidios.

De haber modificaciones en las modalidades de prestación o cambios que surjan desde la Superintendencia de Seguros de Salud y/o la Agencia Nacional de Discapacidad a través de Resoluciones oficiales, se notificará vía mail a los responsables de las distintas Sedes habilitadas para la recepción de la documentación, quienes harán llegar la información a los responsables de los beneficiarios.

LISTADO DE PRESTADORES PARA DISCAPACIDAD
CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
PRESTACIONES EDUCATIVAS
Fundación Tobías
Costa Rica 4438 - CABA
4831-5706
info@fundaciontobias.com.ar
-
Cet Curapaligue SA
Av. Curapaligue 726 - CABA
115058/8005
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
Lacaze María Liz
Paraguay 2440 - PB- Dto. A -CABA
3388467063
lizlacaze@gmail.com
-
Gabriela Cerrutti
Andonaegui 3021 - CABA
gacerrutti@yahoo.com.ar
Chena Iara Lucía
Charcas 3040 - 1º F - CABA
3416960346
larduciii.icg@gmail.coim
PRESTACION DE APOYO - KINESIOLOGIA
Díaz, Ariel Gerardo
Remedios 3181- Caba.
011-15-69953218
arielgdiaz14@gmail.com
Racigh Rinaldi Ivan Matías
Salta 2277 - CABA
1154855309
sportkinesis@hotmail.com

PRESTACION DE APOYO -PSICOLOGIA
Bonaventura, Valeria Rosa
Vallejos 3253 - piso 6 - dpto. d - Caba.
011-1540398191
valbonaventura@gmail.com
Ryan Brenda
Paraguay 2440 - PB- Dto. A -CABA
1553870101
lic.ryanbrenda@gmail.com
-
Cayupul Iara N
Charcas 3040 - 1º F - CABA
1172433625
liciaracayupul@gmail.com
-
INECO S.A.
M. T. de Alvear 1632 - CABA
0810-2664203
info@ineco.org.ar
PRESTACION DE APOYO -PSICOPEDAGOGIA
Battafarano María Florencia
Paraguay 2440 - PB- Dto. A -CABA
1158297852
lic.florbattafarano@gmail.com
Tolva, Natalia Antonella
Alas Argentinas 6244 -Ciudad Jardín El Palomar
011-15-69812020
naty.tolva@gmail.com
Cettour Evangelina
Charcas 3040 - 1º F - CABA
03775 15495004
licevancett@gmail.com
PRESTACION DE APOYO -TERAPIA OCUPACIONAL
Galeano, Natalia Verónica
Valentin Gomez 3530 4 piso - Caba
011-1557989914

galeano_natalia@hotmail.com
Muñoz Agustina
Andonaegui 3021 - CABA
1124939299
lic.agustinamunioz@gmail.com
Loureiro Luz
Paraguay 2440 - PB- Dto. A -CABA
1565019658
loureiroluz@yahoo.com.ar
Staricco, Julieta Elizabeth
Terapia Ocupacional
Alas argentinas 6244 Ciudad Jardin El Palomar -
011-1568814349
stariccojulieta@hotmail.com
APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR
DESIR SALUD
Av. Belgrano 1876 - 2 A - CABA
011-4382-0207
www.desirsalud.com.ar
CENTRO LAZOS SRL
Av. Diaz Vélez 3873 - Caba
011-3978-5181
secretaria@lazos.com.ar
-
ADEII
A. M. Cervantes 3167 - CABA
1145437838
administracion@adeii.org.ar
-
TRANSPORTE
Sciarra Abel Enrique
F. A. de Figueroa 261 - CABA
1565019658
abelquepasa47@gmail.com
Transp. Escolar Cotagaita - de V. Bogarin
Cotagaita 1168 - Wlde - Bs.As.
1538229275

silvi_bogarin@hotmail.com
PROVINCIA DE BUENOS AIRES.
BUENOS AIRES - GRAN BUENOS AIRES
PRESTACIONES AMBULATORIAS
BUENOS AIRES- MORENO
Centro CRE.FIM. S.R.L.
Teniente Camilli 243- Moreno
011-1541986622
crefim@gmail.com
PRESTACIONES EDUCATIVAS
BUENOS - LONGCHAMPS
Ctro.de Integración y Desarrollo
Rivadavia 727 - Quilmes
011 4253-9131
cid5647@yahoo.com.ar
BUENOS AIRES - LOMAS DE ZAMORA
Puentes de Integración S.R.L.
Carlos Croce 5146 - R. de Escalada (Bs.As.)
4288-3887
www.escuelapuentes.com.ar
BUENOS AIRES - MORENO
Inst. Educativo Sin Fronteras -FORMANDO
Yapeyú 2735 - Moreno
0237-403-1111
administracion@sinfronteras.edu.ar
FORMACION LABORAL.
BUENOS AIRES - Laferrere
Escuela Especial PAPAI
Belgrano 1041 - Morón (Bs.As.)
4627-0117 / 4628-4880 / 5435-0163
escuelaespecial.2345@hotmail.com
APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR - EQUIPO -

BUENOS AIRES - FLORENCIO VARELA
DEVELAR SRL.
Av. Congreso 2595 - CABA
4544-0235
administracion.sur@consultoriosdevelar.com.ar
BUENOS AIRES - FLORENCIO VARELA
Puertas Abiertas
Belgrano 3980 - Sarandí -
4207-5531
puertasabiertas_contable@yahoo.com.ar
BUENOS AIRES - LONGCHAMPS
Redondel S.R.L.
Islas Malvinas 103 - Alejandro Korn
011-4243-4896
escuelaredondel@gmail.com
BUENOS AIRES - RAMOS MEJIA
CENTRO MADRE TIERRA - ORDIZ NAVUM
Av. L. N. Alem 275 - PB - C - RAMOS MEJIA
011-5907-2486
BUENOS AIRES - BANFIELD
INTEGRACIÓN SAN AGUSTIN
A. Larroque 130 - Banfield
15-6436-0821
integracionsanagustin1@gmail.com
BUENOS AIRES - QUILMES
ATAÑER - PASIL SRL
Conesa 271 - Quilmes
1124515800
adminisiones@pasil.com.ar
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
BUENOS AIRES - SARANDI
De Francesco Silvana
Belgrano 3980 - Sarandí -
4207-5531
puertasabiertas_contable@yahoo.com.ar

BUENOS AIRES - MORENO
Farfan Claudia Mariela
Uruguay 234 - Moreno
11508003572
marielafarfan76@hotmail.com
BUENOS AIRES - MORENO
Reichert, Brenda Tamara
Avda. Gaspar Campos 3646 - San Miguel
011-5292-4144 / 011-1531803387
brenreichert@hotmail.com
BUENOS AIRES - MORENO
Slaiman, María Alejandra
Avda. Gaspar Campos 3646 - San Miguel
011-1563533705
aleslaiman@gmail.com
BUENOS AIRES- MORENO
Valdez Rodrigo
Uruguay 234 - Moreno
1549462551
rodrigomvaldez@hotmail.com
-
BUENOS AIRES- - FLORENCIO VARELA
Araoz Daiana Marianela
Av. San Martín 2571 - F. Varela
11-4406-4340
araoz.daiana24@gmail.com
-
BUENOS AIRES- - TEMPERLEY
Stasiuk Rosalia
Av. Alte. Brown 3756 - Temperley
1168838267
hi.ralia@hotmail.com
-
BUENOS AIRES- - LOMAS DE ZAMORA
Suarez Paola
Saenz 110 - L. de Zamora
1161237580
paolamarina@gmail.com
-
PRESTACION DE APOYO - KINESIOLOGÍA

BUENOS AIRES - SARANDI
Basualdo María
Belgrano 3575 - Sarandí -
1531459296
puertasabiertas_contable@yahoo.com.ar
BUENOS AIRES - Laferrere
Massa Diego Sebastián
Dr. R. Carrillo 5975 - I. Casanova (Bs.As.)
1125030610 / 2069-8990
diego_massa@hotmaul.com
PRESTACION DE APOYO - PSICOLOGÍA
BUENOS AIRES - FLORENCIO VARELA
Iglesias Ana Laura
Sánchez de Loria 2141 - F. Varela (Bs. As)
1158934045
analaura.iglesias@hotmail.com
BUENOS AIRES - FLORENCIO VARELA
Medrano Rojas
Sánchez de Loria 2141 - F. Varela (Bs. As)
4255-1044
alejandramedrano79@hotmail.con
BUENOS AIRES - Laferrere
Guillaumet Mariana Elizabeth
Dr. R. Carrillo 5975 - I. Casanova (Bs.As.)
1134507047
mariana_guillaumet@hotmail.com
BUENOS AIRES - LOMAS DE ZAMORA
Tassi Romina Soledad
Molina Arrotea 1444 - Dto. 10 - Lomas de Zamora (Bs.As.)
1531568711
romina_090287@hotmail.com
BUENOS AIRES - LONGCHAMPS
García Poultier, Julieta
Intendente González 1020 5to. "b" - Adrogué
011-1550265904
jgpoultier@yahoo.com

BUENOS AIRES - LONGCHAMPS
Garnica, Sandra Edelmira
Calle 895 n°3944 - San Fco. Solano
011-1550218465
san.mari24@hotmail.com
BUENOS AIRES - MORENO
Colombres Alejandra del C.
Dorrego 2207- Merlo
1528546447
colombrealejandra@gmail.com
BUENOS AIRES - MORENO
Masucci, Laura Inés
Pardo 1609 - Bella vista
011-4666-5354 / 11-54798683
info@equipoalas.com.ar
BUENOS AIRES - SARANDI
Rivosecchi María
Belgrano 3980 - Sarandí -
4207-5531
puertasabiertas_contable@yahoo.com.ar
BUENOS AIRES - MORENO
Antón, Celeste Victoria
Avda. Gaspar Campos 3646 - San Miguel
011-154191-3324
celesteanton91@gmail.com
BUENOS AIRES - TEMPERLEY
Ghioni Verónica
Av. Alte Bown 3756 - Temperley
1161897877
veronicagjione@hotmail.com
BUENOS AIRES - LOMAS DE ZAMORA
Alderete Sofia
Saenz 110 - L. de Zamora
1125031994
lic.sofia.alderete@gmail.com
BUENOS AIRES - FLORENCIO VARELA
LENCINA IVANNA FLORENCIA.

Av. San Martin 2571 - F. Varela
113771-0589
lic.ivannalencina94@gmail.com
PRESTACION DE APOYO -PSICOPEDAGOGIA
BUENOS AIRES - LONGCHAMPS
Corro, María F.
Lavalle 405 - Quilmes
011 4253-6665/CEL.: 011-15-62466139
cid5647@hotmail.com
BUENOS AIRES - FLORENCIO VARELA
Pernisa Yamila Gisele
Sánchez de Loria 2141 - F. Varela (Bs. As)
1538101262
BUENOS AIRES - Laferrere
Bolla Vignes M. V
Dr. R. Carrillo 5975 - I. Casanova (Bs.As.)
1561176624
mariavictoria@gmail.com
BUENOS AIRES - LOMAS DE ZAMORA
Ríos Florencia Yanina
Molina Arrotea 1444 - Dto. 10 - Lomas de Zamora (Bs.As.)
1569661474
riosyflorencia@gmail.com
BUENOS AIRES - LONGCHAMPS
Fagale, Nuria Analia
Belgrano 8 dpto. 7- Lomas de Zamora
011-1558187644/011-1535273772
nuriafagale@hotmail.com
BUENOS AIRES - MORENO
Cabrera, María Fernanda
Pardo 1609 - Bella Vista
011-4666-5364 / 11-69777150
info@equipoalas.com.ar
BUENOS AIRES - MORENO
Lauman Paola Cecilia
Cnel. Arena 1570 - Morón

1130817027
ceciliaelizabethl@hotmail.com
-
BUENOS AIRES - TEMPERLEY
Di Stefano Patricia
Av. Alte. Brown 3756 - Temperley
1154215177
patrydistefano@hotmail.com
-
BUENOS AIRES - LOMAS DE ZAMORA
Repetto Florencia
Saenz 110 - L. de Zamora
1138499286
flopirepetto@gmail.com
-
BUENOS AIRES - MORENO
Sandra Domínguez
Uruguay 234 - Moreno
1132184471
sandradominguez@hotmail.com
BUENOS AIRES - SARANDI
Dalle Nogare María A
Belgrano 3980 - Sarandí -
4207-5531
puertasabiertas_contable@yahoo.com.ar
-
BUENOS AIRES - - FLORENCIO VARELA
Escobar Areco Nilza
Av. San Martín 2571 - F. Varela.
11-40785542
nil7468@hotmail.com
-
PRESTACION DE APOYO -TERAPIA OCUPACIONAL.
BUENOS AIRES - LOMAS DE ZAMORA
Avila Paola
Molina Arrotea 1444 - Dto 10 - Lomas de Zamora (Bs.As.)
1541587669
paonavilllaa@hotmail.com
BUENOS AIRES - FLORENCIO VARELA
Navarrete Gisele

Sánchez de Loria 2141 - F. Varela (Bs. As)
1557171494
navarretegromina@gmail.com
BUENOS AIRES - SARANDI
Casabona María
Belgrano 3980 - Sarandí -
4207-5531
puertasabiertas_contable@yahoo.com.ar
-
BUENOS AIRES
Rodríguez Cintia
Av. San Martín 2571 - F. Varela.
11-6694-1633
cintiarodriguez.to@gmail.com
-
PRESTACION DE APOYO -MUSICOTERAPIA
BUENOS AIRES- MORENO
Santiago Bertoni
Uruguay 234 - Moreno
2223-585907
santiagobertoni@gmail.com
-
TRANSPORTE
BUENOS AIRES - LONGCHAMPS
Bordón, María de los A.
SAN JUAN 2009 - JOSE MARMOL
011-1541420962/20941515
jmbus983@gmail.com
BUENOS AIRES - FLORENCIO VARELA
Transporte Heber Alexis Prida
Juncal 2137 - Lanús (Bs.As.)
1562361415
pridaheber@gmail.com
BUENOS AIRES - Laferrere
Patricia Dopazo Transportes
Ascasubi 5870 - Laferrere(Bs.As.)
1522121312
patriciadopazo@gmail.com

BUENOS AIRES - Laferrere
Transporte Ti Prendo SRL.
Pje. Giuffra 241 - CABA
2050-3545 / 4482-3752
tiprendosrl.@gmail.com
BUENOS AIRES - MORENO
Transp. .De Angelis, Osvaldo A.
RIO AMAZONAS 316 - MORENO
011-24922740
odarengo@gmail.com
BUENOS AIRES - MORENO
Transp. BELTA de Meza Inocencio
Posta de Yatasto 462 - Pque. San Martín - Merlo
0220-487-0103
trasnportebelta@outlook.com
-
BUENOS AIRES - TEMPERLEY
HEGELE CAROLINA
José Neglia 754 - Temperley
11 3625-5035
hegelecarolina@hotmail.com
-
-
BUENOS AIRES - GRAL. RODRIGUEZ
PREST.AMBULATORIAS
Eq. Interdiscip "Manos SRL
Dean Funes 510 - Lujan
02323-421794
manosdelsur@growtion.com
CENTRO DE DIA.
Edusalpequen S.R.L.
Fortín Pilcomayo 375- General Rodríguez
011-1540272542
saiepequen@gmail.com
NAHUEZE S.R.L.
Infanta Isabel 3935- Francisco Alvarez
011-1544100660
info@centrodedianahueze.com.ar

Soles de Abril S.R.L.
dr. Guillermo Rawson 609 -Haedo
011-4628-0266/4628-1490
soles_de_abril@hotmail.com
CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO
Fund. Claudina Thevenet
Uruguay 1237 - Caba
5239-3072 5238-1614
administracion@centroclaudina.org.ar
MARENAS CET S.R.L.
Leandro n. Alem 2647/53 -Moreno
11- 128711417 / 0237-4054192
marenascet@gmail.com
Prog. Integrar S.A. QUINCELA
Estrada 748 - Las Malvinas
0237-4842930/011-1564553571
QUINQUELACET@GMAIL.COM
PRESTACIONES EDUCATIVAS
Asociación Platerito
Mendelssohn 2349 - Hurlingham
011-4665 0333
plateritocfl@hotmail.com
C.R.E.E. Recr. yEduc. Especial
Beethoven n° 1702 - Moreno
0237-4633314/4667708
administracion@creemoreno.com.ar
Esc. Recuperadora de Ituzaingó
Olivera 736 - Ituzaingó
011-4458-5037
oficinaituzaingo@hotmail.com
FUNDALMA
Bme. Mitre 1644 - 6 piso d - Caba
(0237) -4810-088
fundacionfundalmamoreno@gmail.com
Instituto Educativo AEQUITAS
Maison 925 B° Parque Irigoyen - Gral.Rodriguez

0237 485-0020
aequitaseducacionespecial@yahoo.com.ar
APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR - EQUIPO -
ANFI SALUD S.R.L.
Tucumán 1011 - Morón
011-4628-0172/011-4627-3137
facturacion@anfisalud.com.ar
Eq. Int. Manos del Sur S.R.L.
Dean Funes 510- Lujan
02323-421794
manosdelsur@growtion.com
Escuela Especial SER
Avellaneda 312 - Zarate
03487-434234
administracion@escuelaespecialser.com
Fundación Metas
Avda. Beato J:M: Escrivá 4022 - LA REJA
011-1550642195
tesoreriametas@gmail.com
INCLUDERE S.R.L.
Alvear 688 - Ituzaingó
011-4458-1875 ó (011) 15-57102280 /15-51226242/15-61961021
info.includere@gmail.com
Instituto Integral S.A.
Hipólito Yrigoyen 3700 -Caba
011-4867-3701
administracion@iide.edu.ar
Otras Miradas
Avda. Libertador 1097 - San Fernando
011-15-38335440
infootrasmiradas@gmail.com
Alcaraz, Gladys Masriela
Calle 54 n° 824 - Mercedes
(02324) 15506636
gla19831@hotmail.com

MAESTRO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
Britez, Carmen Lina
Int. Norberto Landi 1977 dpto. 23 m: 197 - Bo. Bicentenario - Gral. Rodríguez
011-15 3797-1060
carmenbritez71@gmail.com
Destéfano, Vanesa S.
Los Tilos 998 – Pueblo Nuevo
02323-15617116
02323-15617116
García Martina
Fortín Pilcomayo 300 – Gral. Rodrìguez
011-15-5313-6230
profmartinagarcia@gmail.com
Jacob, Patricia Andrea
Olazabal 932 - Loreto Jauregui
02323-15-540292
patri_jacob@live.com.ar
Ramírez, María Victoria
DR. MUÑIZ N°3436- LUJAN
02323-15667092
viictoriaramirez1995@gmail.com
Solana, Analia
LINIERS 145 DEPTO 3 - GRAL. RODRIGUEZ
15-5840-7040
analiasolana@hotmail.com
Taffi, Lorena
J.M. PEREZ 359 - LUJAN
02323-15659491
lore_taffi@hotmail.com)
Traverso, María Celina
SARMIENTO 431 P. B. - PILAR
011-1530638775
celitraverso@hotmail.com
Vasconcellos, Leandra V.
AVELLANEDA 1229 - LUJAN

02323-15520245
lean_juani@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - ESTIMULACION VISUAL
Demarchi, Claudia María
AVELLANEDA 727 - GENERAL RODRIGUEZ
011-1531271909
rehabilitacionvisualcmd@gmail.com
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
Bonotti, Natalie
BALCARCE 273 -GRAL. RODRIGUEZ
011-15-5826-9422
nataliebonotti@gmail.com
Fernández Romero, Paula V.
ESPAÑA 315 - LUJAN
011-1566870073
paulafernandezromero@hotmail.com
García Menéndez, María V.
RIVADAVIA 419 PRESIDENTE - DERQUI
011-1551822602
consultas@fonoaudiologiapilar.com.ar
García Soler, Mariana
MERLO 1135- CASTELAR
011-4458-0184
marianagsoler@hotmail.com
Marchetti, Florencia
CASTILLA 2248 - GENERAL RODRIGUEZ
02323-15532059
flor.marchetti@hotmail.com
Masondo, María V.
RIVADAVIA 230 - MORENO
15-5506-7777
fonomasondo@gmail.com
Molinari, María de la Paz
AVDA. SAN MARTIN 237 - BELLA VISTA
011-67341808
pazmolinari@gmail.com

Neira Martin, Mariana
ALVEAR 964 - LUJAN
02323-15653055
mariana_neira27@hotmail.com
Pavoni, Agustina
De la Virgen 666 - Luján
11-1565745324
agus.pavoni@gmail.com
Román, Marcela Alejandra
PADRE PROCHAZSKA 24 - BO DAVILA - GRAL. RODRIGUEZ
Cel.: 011-15-6848-0999
marcelaroman_06@hotmail.com
Rossi, Alejandra Felisa
ITUZAINGO 658 PISO 3 - LUJAN
Cel.: 02323-15641659
afrossi3@yahoo.com.ar
Rossi, Claudia Rosana
H. YRIGOYEN 1281 - LUJAN
02323-15-518625
claudiarossi4@hotmail.com
Soriano, María Belen
ACONQUIJA 813 - BELLA VISTA
011-1556959378
belu.soriano95@gmail.com
Tourn, Natalia Mariela
CAMPILLO 109 - MERLO
011-15-40696621
espacpsico@gmail.com
Zatapa, Alejandra Paula
PUCH 1208 - PILAR
011-1532863500
alezapata09@yahoo.com.ar
PRESTACION DE APOYO - KINESIOLOGÍA
Barrenechea, María José

YRIGOYEN 1281 - LUJAN
02323-15601459
mjbarrenechea@hotmail.com
Guzowski, Nélida Iris
AVDA. SAN MARTIN 2347- BELLA VISTA
011-1545579987
neliguzo@hotmail.com
Piovano, Cecilia Carla
ACCESO OESTE KM.56 - GENERAL RODRIGUEZ
011-15-6210-4145
PRESTACION DE APOYO - PSICOLOGÍA
Aliano, Ana Laura
SOR JOSEFINA 2237- LUJAN
011-1531024878
alianoana@gmail.com
Amaya, Aldana
JUNCAL 81- MERLO
CEL.: 011-153093-6214
amaya.aldana@yahoo.com.ar
Araya, María Fernanda
CARMEN PUCH 1208 - PILAR
011-15-61199841
mariaferaraya@hotmail.com
Avila, Micaela
INDEPENDENCIA 37 GRAL. RODRIGUEZ
011-15-61468969
micaelacelesteavila@yahoo.com.ar
Barrientos, Andrea
TUCUMAN 262 - MORENO
Cel.: 011-15-49804622
anbarrientos2@hotmail.com
Bilbao, Sofia
Uruguay 234 - Moreno
011-1531442011
lic.sofiabilbao@gmail.com

Brugue, Gabriela Andrea
Country Las Lajas Uf 178 Acc. Oeste km.50 - General Rodríguez
011-15-30700528
gabriela.brugue@live.com.ar
Capdeville, Mariela
Chacabuco 240 - Moreno
011-1567947087
marielacapdeville71@gmail.com
Cendoya, María Luisa
La Rioja 429 - Caba
011-1569487899
luisacendoya@gmail.com
Coronel, Silvina Paola
CAMPILLO 109 - MERLO
011-15-40696621
silvinapaolacoronel@yahoo.com.ar
Escudero, Florencia
AVDA. ESPAÑA 315 GENERAL RODRIGUEZ
011-1567229504
florenciaescudero449@hotmail.com
Freggiaro, Paula
CARLOS PELLEGRINI 1161 -GENERAL RODRIGUEZ
02325--15-561080
paulafreggiaro@gmail.com
Gema, María Eugenia
SAN MARTIN 899 - LUJAN
011-15-61741460
mariu19_@hotmail.com
Giordano, Juliana
ITUZAINGO 925 - LUJAN
02323-15217963
juulianagiordano@hotmail.com
Gomes, María Florentina
JOSE C. PAZ 960 - GENERAL RODRIGUEZ

011-1561803556
florentina.gomes@hotmail.com
Gradeneker, Viviana
DE LA VIRGEN 666 - LUJAN
011-1556220740
marinagradeneker@hotmail.com
Inzaugarat, María
CASTILLA 2248 - GRAL. RODRIGUEZ
02323-15626084
ailicec_27@hotmail.com
Lombardo, Natalia
SARMIENTO 721 - GRAL. RODRIGUEZ
Cel.: 011-15-51228963
natylombardo@yahoo.com.ar
Longo, Juliana
BALCARCE 273 -GRAL. RODRIGUEZ
011-15-3409-6721
juli.longo@hotmail.com
Nicosia, Aldana Rosa
CASTILLA 2248 - GENERAL RODRIGUEZ
011-15-68505188
licaldananicosia@gmail.com
Pennacchio, Samanta
LA COYUNDA 2663 - ITUZAINGO
011-1565002458
samantapennacchio919@hotmail.com
Raffo, Alicia Beatriz
PERGAMINO 74-5TO.PISO DPTO. "A"- CABA
011-15-54090430
raffoalicia@hotmail.com
Rial, María Alejandra
2 DE ABRIL 323 - GENERAL RODRIGUEZ
011-155693-8206
mariale1619@hotmail.com
Rodríguez, María Belén

AVDA. ESPAÑA N° 315- GENERAL RODRIGUEZ
02323-15544683
ma.belenrodriguez90@gmail.com
PRESTACION DE APOYO - PSICOMOTRICIDAD
Fiorito, María Julia
CASTILLA 2248- GENERAL RODRIGUEZ
Cel.: 011-15-69937846
mjulia.fiorito@gmail.com
PRESTACION DE APOYO -PSICOPEDAGOGIA
Boggi, María Clara
AVDA. LIBERTADOR 672 - 1ER. PISO DPTO. B - CABA
011-15-32741594
mclaraboggi@gmail.com
Costaguta María
DEAN FUNES 2070- GENERAL RODRIGUEZ
011-1534782309
mvcostaguta@gmail.com
Del Valle, Milagros
Juncal 81 - Merlo
mili.psicope@gmail.com
Dellafortuna, María Florencia
25 DE MAYO 1431 - LUJAN
02323-15-543655
mariaflor2311@yahoo.com.ar
Francés, Florencia
CASTILLA 2248 - GENERAL RODRIGUEZ
02323-15616594
florfra@hotmail.com
Freggiaro, Ana
CARLOS PELLEGRINI 1161 - GENERAL RODRIGUEZ
02325-15598078
anafreggiaro@gmail.com
González, Luciana
COLETA PALACIOS 2134 - MORENO

11-32581178
lu.gonzalez89@hotmail.com
MARIANO MORENO 1588 - LUJAN
02323-15664863
martinaleguizamon12@gmail.com
Molina. Mariana Andrea
NOBEL 1270 - MORENO
011-15-33392405
marumolina06@hotmail.com
Mosna, Vanina Gisela
DR. VERA 387- MORENO
011-1565045684
vmosnapsp@live.com.ar
Perna, María Fernanda
DE LA VIRGEN 666 - LUJAN
02323-15624095
pspfernanda@gmail.com
Pittaluga, Cecilia
LAS AZUCENAS 3318 - DEL VISO
011-1550489425
ceci_pitt@hotmail.com
Rizzuto, Alicia Julia
LIBERTAD 166 -MERLO
Cel.: 011-15-55788145
alicia_rizzuto@yahoo.com.ar
Sanrricueta, Vanesa Paola
CASTILLA 2248- GENERAL RODRIGUEZ
02323-15529505
vanesa_s1982@hotmail.com
Strozza, Ana María
SARMIENTO 531 - GENERAL RODRIGUEZ
011-1569991220
marstrozza@gmail.com
PRESTACION DE APOYO -TERAPIA OCUPACIONAL.
Agüero, Andrea Carina

DR. VERA 387- MORENO
011-15-38122034
andrea.c.aguero@gmail.com
Belaustegui, Clara Ines
URQUIZA 132 - LUJAN
02323-15579596
cibelaustegui@hotmail.com
Cauhape, Georgina Vanesa
CARLOS PELLEGRINI 1060 - GENERAL RODRIGUEZ
02323-75540835
georginacv8@hotmail.com
Cerrudo, Natalia
BACAY 1478 -ITUZAINGO
011-155562-4457
naticerrudo@hotmail.com
Desiata, Elisa Mariel
JOSE C. PAZ 960 - GENERAL RODRIGUEZ
011-15-55264108
elisiti@hotmail.com
Gómez, Vanina Magdalena
BENJAMIN PAEZ 251 - GENERAL RODRIGUEZ
011-15-65176350
vaninato12@gmail.com
Luca, Gabriela
LAS AZUCENAS 3318 - B°LOS CACHORROS DEL VISO
02320-402550
licgabrielaluca@gmail.com
Mauriño Evangelina
ALBERDI 309 - JAUREGUI
011-15-5994-8563
evangemau@gmail.com
Moronta, María Candela
JOSE C. PAZ 960 - GENERAL RODRIGUEZ
011-44115520
candela.moronta@live.com.ar

Pesado, Ana Carolina
RUTA 192 - KM.0,200 - LUJAN
02323-15-585352
carolinapesado@hotmail.com
Quinn, Vanesa Guillermina
LAS HERAS 532 - LUJAN
011-1551639236
vanequinn@hotmail.com
Rastelli, Aldana Elizabeth
DE LA VIRGEN 666 - LUJAN
011-1530462562
aldurastelli@gmail.com
Romero Schemberger, Melisa
JUNCAL 81 - MERLO
011-156132-2470
romerosch.melissa@gmail.com
SAN MARTIN 2374 - BELLA VISTA
011-15-41592776
mararomero_to@yahoo.com.ar
TRANSPORTE
Baigorria, Maricel
ARISTOBULO DEL VALLE N°368 - GENERAL RODRIGUEZ
011-15-3759-7201
transporte.baigorria@gmail.com
Gallasso, Franco David.
ACCESO OESTE KM.56 - GENERAL RODRIGUEZ
011-1534244324
francogallasso.traslados@gmail.com
Loiza, Nicolás Rubén
26 DE JULIO 870 - JAUREGUI
TEL..: 02323-494630 / 498327/15601369
rubenloiza@gmail.com
M--G Transp. AmiliviaMatias
BROWN 1332 - MERLO

011-1557129020
adm.m--g.transporte@hotmail.com
Moreno, Andres Manuel
AZUL 3386 MORON
11-1557690321
ammoreno71@hotmail.com
Orellana, Roberto Carlos
NEWTON 3325-MORENO
011-1554955700
sanycarl@hotmail.com
Remis Kohlmann, Pablo G.
ZAPALA 818 - GENERAL RODRIGUEZ
011-15-34176655
didacticospeques@gmail.com
Silvestri Matias N.
JUAN BAUTISTA LBERDI 953- MORÓN
011-1553110944
matiasnsilvestri@hotmail.com
Szkirosak, Francisco - Trans. Es.
ASCONAPE 204 - PASO DEL REY
011-15-22163503
szkirosakfrancisco57@outlook.com
Transp. De Rongo, Andrea V.
PIÑERO 1020 - JOSE C. PAZ
011-32071697
andrearongo_jcp@hotmail.com
BUENOS AIRES - MAR DEL PLATA
PRESTACION DE APOYO - KINESIOLOGÍA
Matos, Guadalupe
3 DE FEBRERO 3045 - MAR DEL PLATA
0223-155931741
licguadalupematos@gmail.com
BUENOS AIRES - TRENQUE LAUQUEN

PRESTACION DE APOYO -PSICOPEDAGOGIA
Carreño, Ana Ines
SIMINI 565 - TRENQUE LAUQUEN
02392-419526 / 02392-15613857
anaines.c@hotmail.com
Castaño, Yanina
CARLOS PELLEGRINI 834 - TRENQUE LAUQUEN
(02392-15549435)
licyaninato@gmail.com
PRESTACION DE APOYO -TERAPIA OCUPACIONAL.
Angeli, Evangelina
URQUIZA 1020 - TRENQUE LAUQUEN
02392-15558326
toangelie@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - KINESIOLOGÍA
Courvoisier, Gastón
CARLOS PELLEGRINI 834- TRENQUE LAUQUEN
02392-15601565
kinegc@hotmail.com
BUENOS AIRES - LUJAN
PRESTACION DE APOYO - KINESIOLOGÍA
Aramini, María Silvia
2 DE ABRIL 1032 - GENERAL RODRIGUEZ
02323-136093
msaramini@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - PSICOLOGÍA
Tabarez, Yamila Elizabeth
LAS HERAS 532 - LUJAN
02323-15536138
yamila.e.tabarez@gmail.com
BUENOS AIRES - MERCEDES
PRESTACION DE APOYO -TERAPIA OCUPACIONAL.
Conde, María Claudia
CALLE 24 No.1012 - MERCEDES
02324-421953

condeclau67@hotmail.com
Dziurdzia, Adriana Myrian
CALLE 16 Y N° 5 - MERCEDES
02324-15518644
adridz@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - PSICOLOGÍA
España, Jimena
CALLE 40 N°73 - MERCEDES
02324-15680653
jimeespana@hotmail.com
MAESTRO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
Ferreira, Sandra Elizabeth
CALLE 8 N° 1417 - MERCEDES
02324-15611267
sanferreira76@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
Gomez Segura, María Agusti
CALLE 15 N°736 - MERCEDES
011-1538829260
gomezsegura.fonoaudiologia@gmail.com
BUENOS AIRES - PILAR
MAESTRO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
Dopazo, Maria Carolina
CHILE ESQ. VERDI DPTO.30- PILAR
011-1561109671
carodop@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - PSICOLOGÍA
Madera, Pablo Antonio
CHAMPAGNAT 870 - PILAR
011-1551643255
pamadera@gmail.com
PRESTACION DE APOYO -PSICOPEDAGOGIA
Segal Halperin, Ana Karina
7 de Julio y Colectora 12 de Octubre - Piso PB -DEL VISO

011-15-53265527
anaksegal@gmail.com
BUENOS AIRES - SALLIQUELO
PRESTACION DE APOYO -TERAPIA OCUPACIONAL.
Bonnaterre, Andrea Verónica
VILLEGAS 527 - CORONEL SUAREZ
02923-15413470
inubonnaterre@hotmail.com
MAESTRO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
Calles, Patricia Noemí
SARGENTO CABRAL 1863 - CORONEL SUAREZ
02926-15422538
pncalles@gmail.com
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
Roux, Andre Verónica
VILLEGAS 527 - CORONEL SUAREZ
02926-15468490
andrevroux@gmail.com
PROVINCIA DE RIO NEGRO.
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
Bridi, Melina Ailin
HIPOLITO YRIGOYEN 1073 - CIPOLLETTI
0299-4772417
melibridi@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO -PSICOPEDAGOGIA
Casas, Agostina Bárbara
HIPOLITO YRIGOYEN 1073 - CIPOLLETTI
0299-154772417
agostinabcasas@gmail.com
PRESTACION DE APOYO - PSICOLOGÍA
Chuliber, Mariela Beatriz
HIPOLITO YRIGOYEN 1073 - CIPOLLETTI
0299-4772417

mariela_chuliber@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO -TERAPIA OCUPACIONAL.
Pagliaccio, Julieta
HIPOLITO YRIGOYEN 1073 - CIPOLLETTI
0299-4772417
juli-82pagliaccio@hotmail.com
PROVINCIA DE SALTA.
APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR - EQUIPO - AMUYEN
Zuviria 820. Salta
0387-5365988
patriciarusso_27@hotmail.com
MAESTRO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
Bazán Juana I
Escuela del Huerto 4848
0387-155146332
ileanabazan@yahoo.com.ar
DIEZ CLELIA DEL CARMEN
Marquez Miranda esq. R Leven - Bo. 20 de Junio - Salta
0387-4240182
sates.salta@gmail.com
Renfijes Gloria Sonia
Reyes de España 33 - Manz 103 - Bo. San Silvestre - Salta
0387-154833649
gloria_sonia@hotmail.com
Vaca Silvia Gabriela - Psp
Av. Ingeniero y Calle 109
0387-155203376
popylo48@hotmail.com.ar
Velasco Villacorta Irene
General Güemes 1142. Salta
0387-155885580
irenedelosangelesvelasco@yahoo.com

Martínez Laura del Rosario
Las Heras 800 - Barrio Evita - La Rioja
0382-6402160
rosimn727@gmail.com
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
Macarof Romina
G. Alzaga S/N - Barrio Portal de Lesser
0387-2142305
rominamacarof@gmail.com
Ponce Jorge Antonio
General Güemes 810. Salta
0387-155397483
poncejap@hotmial.com
Silva María Agustina
Barrio 80 Viviendas Manz E- Casa 8 – Gral Güemes - Salta
0387-154202428
agustinasilva414@gmail.com
PRESTACION DE APOYO - KINESIOLOGIA
DARFE TERESITA DEL VALLE
Juan Bulloc 1488- Vo. Palacio - Salta
0387-4632335
sires_s@yahoo.com.ar
Morales Rodríguez V
G. Alzaga S/N - Barrio Portal de Lesser
0387-4825747
lic.victoriamorales18@gmail.com
Godoy Cristian Martín
Barrio 80 Viviendas Manz E- Casa 8 – Gral Güemes - Salta
0387-154202428
cmgodoy281@hotmail.com.ar
PRESTACION DE APOYO - PSICOLOGÍA
Herrera Viviana Alejandra
General Güemes 810. Salta
0387-4818680
licuherrera@hotmail.com

Kipran Silvia
General Güemes 1142. Salta
0387-4504428
silkipran@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO -PSICOMOTRICIDAD
Uzqueda Paola
Belgrano 1953 - Salta
0387-154762648
paolauzqyeda.psm@gmail.com
PRESTACION DE APOYO -PSICOPEDAGOGIA
Cabrera Córdoba María Evelina
General Güemes 1142. Salta
0387-155885580
maestracabrerasalta@hotmail.com
De Andrés Patricia C.
G. Alzaga S/N - Barrio Portal de Lesser
0387-154148759
carolina_deandres@yahoo.com.ar
GARCIA FANNY
Deán Funes 443- Salta
0387-5969833
janina_garcia65@hotmail.com
PROVINCIA DE SAN JUAN.
CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO - CENTRO DE DIA HUARPES
Callejón de los Ríos 1811 Norte -Rivadavia - San Juan
0264-423435
institucionhuarpes@gmail.com
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
Alejandra Aldeco
Laprida 659 Este - San Juan Capital
264-5048354
aldecoale@gmail.com
PRESTACION DE APOYO -PSICOPEDAGOGIA
Correa Stella Maris
Laprida 659 Este - San Juan Capital

264-4162809
stella-mcorrea@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
María Laura Barros
Laprida 659 Este - San Juan Capital
264-4399686
marilaubarro@gmail.com
TRANSPORTE
Medina Jorge Ceferino
Barrio 20 de Junio - Manz F - Casa 8 - Chimbas - San Juan
264-4885123
laurapereyra830@gmail.com
-
Arellano Verdaguer Micaela
Ignacio de la Rosa Oeste 6490 - San Juan
transportemca2018@gmail.com
PROVINCIA DE SAN LUIS - VILLA MERCEDES
MAESTRO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
Bressan, Eliana María
MADRE CABRINI N° 127 - VILLA MERCEDES
0358-154114613
elianabressan@hotmail.com
Molina, Mirian Esther
AVDA. MITRE 760 - VILLA MERCEDES
02302-15413959
mirianmol@hotmail.com
Parfait, Julieta María
HAZARRETA 1130 – VILLA MERCEDES
011-1566235005
julipsi2008@hotmail.com
Spretz, Silvana Elizabeth
25 DE MAYO 2127- VILLA MERCEDES
02657-15325405
silspretz@yahoo.com.ar

Viú, Marcela Viviana
SANTA FE 137- VILLA MERCEDES
02657-15202612
marviug@hotmail.com
Voisard, Marina
LA RIBERA MZNA. 7239 CASA 07 - VILLA MERCEDES
02657-15614504
carivoisard@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - ESTIMULACION TEMPRANA
Galván, María Fernanda
VILLA MERCEDES
02657-428239 / 02657-15697045
galvanmariafernanda@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
Ceresole, Carolina
AVDA. MITRE 760 - VILLA MERCEDES
02302-15413959
ceresolec@gmail.com
Dezotti, Josefina Fatima
AVDA. SANTA FE 137 - VILLA MERCEDES
2,65716E+11
josefinadezotti@hotmail.com
Gallardo, María Lorena
JUSTO DARACT Nª 5 - VILLA MERCEDES
02657-15600530
lic.marialorenagallardo@gmail.com
Requelme, Analia
SAN MARTIN 773 - VILLA MERCEDES
02664-15483498
analiar396@gmail.com
Rojas, Vanina Natalia
SANTA FE 137 - VILLA MERCEDES
(02657) 15503090
vanarojas8@hotmail.com
Ygarza, Vanesa Romina

ALMAFUERTE 452 - VILLA MERCEDES
0266-154512207
vanesaygarza@gmail.com
PRESTACION DE APOYO - KINESIOLOGÍA
Bigotti, Romina María
URQUIZA 102 - VILLA MERCEDES
02657-443972 / 02657-15695695
lic.rmbigotti@hotmail.com
Ctro. RehabilitarTerapia Neurológica
BELGRANO 823- VILLA MERCEDES
02657-428638/426846
rehabilitarterapianeurologica@gmail.com
PRESTACION DE APOYO - PSICOLOGÍA
Bernardis, María Gracia
JUSTO DARAC 05-VILLA MERCEDES
0351-153249190
bernardisgracia@gmail.com
Blanco, María Agustina
ALMAFUERTE 458 - VILLA MERCEDES
03525-15521286
agustinablancodoba@hotmail.com
Del Valle, Alejandra Carolina
SAN MARTIN 773 - VILLA MERCEDES
02657-15239864
carolinade22@gmail.com
Rehabilitación Ter. Neurológica
BELGRANO 823- VILLA MERCEDES
02657-428638/426846
rehabilitarterapianeurologica@gmail.com
PRESTACION DE APOYO -PSICOMOTRICIDAD
Álvarez, María Cristina
SANTA FE 137 - VILLA MERCEDES
0358-156017629
VALVAREZ_PSICOMOT@YAHOO.COM.AR
González, Yanina
ALMAFUERTE 458 - VILLA MERCEDES

02657-15320629
psm.gonzalezyanina@gmail.com
Tobares, Yamila Soledad
JUSTO DARACT 5 - VILLA MERCEDES
0358-154821450
yami3194@hotmail.com.ar
COLETA PALACIOS 2134 - MORENO
11-32581178
lu.gonzalez89@hotmail.com
Spretz, Silvana Elizabeth
25 DE MAYO 2127 - VILLA MERCEDES
02657-15325405
silspretz@yahoo.com.ar
TRANSPORTE
Giantomassi, Mónica
LA MADRID 2017 VILLA MERCEDES
(02657)15656520
monicagiantomassi@hotmail.com
Transp. ANTU S.R.L.
BARRIO LA RIBERA MZNA. 7235 CASA 25 - VILLA MARCEDES
(02657-15521094
SRL@hotmail.com
Transporte ANTU S.R.L.
BARRIO LA RIBERA MZNA. 7235 CASA 25 - VILLA MARCEDES
(02657-15521094
SRL@hotmail.com
PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
PRESTACION DE APOYO -PSICOMOTRICIDAD
Gutiérrez, Ana Laura
EDISON 1080 - RIO GRANDE
02964-15411987
gutierrezanapsm@gmail.com
PRESTACION DE APOYO - PSICOLOGÍA
Renzone, Carla

GOBERNADOR PAZ 1465 RIO- GRANDE
02964-15609660
lic.renzone@gmail.com
PROVINCIA DE TUCUMÁN.
PRESTACION DE APOYO -PSICOPEDAGOGIA
Camacho, Andrea Miriam
BELGRANO 1953 - SALTA
0387-155843594
andreacamacho_23@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - PSICOLOGÍA
Fernández, Rosana Regina
BELGRANO 1953 - SALTA
0387-155284802
psicrosanafernandez@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - FONOAUDIOLOGIA
HASSAN EUGENIA MARIA
Av. Avellaneda 468 - S.M. TUCUMAN
0381-155055703
eugemhassan@hotmail.com
PRESTACION DE APOYO - KINESIOLOGÍA
NASSER ROLANDO JAVIER
Av. Avellaneda 468 - S.M. TUCUMAN
0381-156882566
rolandonasser@hotmail.com
TRANSPORTE
LEZAMA CYNTHIA
Ramírez de Velazco 733 - .SM. DE TUCUMAN
0381-6084135
cynthia_lezama@hotmail.com

En cuanto a los horarios de las terapias, los profesionales acuerdan con los responsables del paciente, dentro de las disponibilidades de unos y otros.

Se debe tener en cuenta la relación que se desarrolla entre el paciente con discapacidad y su terapeuta por lo cual es importante que el organigrama de sesiones de todas las prestaciones que el paciente recibe sea acorde a las necesidades de éste para lograr los objetivos pautados de la mejor forma posible.

En el tiempo que la Obra Social del Personal de Instalaciones Sanitarias ha estado brindando la cobertura de Subsidios por Discapacidad, lo ha hecho bajo esta modalidad habiendo tenido resultados totalmente satisfactorios.

Esto nos lleva a seguir en la misma línea, siempre abiertos a las consultas por parte de los padres de los niños con discapacidad, cuando ellos consideran necesario un asesoramiento por parte de la O.S.P.I.S

También es cierto que los pacientes con discapacidad se mantienen a lo largo de los años y, salvo casos puntuales, se manejan con los mismos profesionales e instituciones.

En el caso que surgiera la necesidad de un cambio de prestador o que se incorporara un nuevo paciente solicitando un Subsidio para Discapacidad, el Equipo Interdisciplinario está disponible a través de todos los canales habilitados para el asesoramiento necesario. Esto se da tanto en la búsqueda de los profesionales cuanto en el plan de tratamiento, si ellos lo solicitaran, siempre dentro de la jurisdicción de residencia del beneficiario.

Nos ha dado, hasta ahora, muy buen resultado en cuanto a la relación Obra Social-responsables del beneficiario con capacidades especiales, por lo que se sigue con la misma forma operativa.