CARTILLA PRESTADORES DISCAPACIDAD 2025

Anexo lV

Glosario

1. Lineamientos generales pag. 01
2. Requisitos específicos pág. 05
   - 2.1. Instituciones pág. 05
   - 2.2. Profesionales independientes pág. 05
   - 2.3. Equipo de integración escolar pág. 06
   - 2.4. Transporte pág. 07

3. Formularios.
   - 3.1. Formulario nº1 “Datos personales del afiliado” pág. 08
   - 3.2. Formulario nº 2 “Modelo de consentimiento informado” pág. 09
   - 3.3. Formulario nº 3 “Modelo de nota de cambio de prestador” pág. 10
   - 3.4. Formulario nº 4 “Acta de compromiso de Integración Escolar” pág. 11
   - 3.5. Formulario nº5 “Presupuesto Instituciones y/o profesionales independientes” pag. 12
   - 3.6. Formulario nº 6 “Declaración jurada de no posesión de vehículo franquiciado” pág. 13
   - 3.7. Formulario nº7 “Informe prestación transporte” pág. 14
   - 3.8. Formulario nº 8 “Modelo presupuesto de transporte” pág. 15
   - 3.9. Formulario nº9 “Alta de proveedores” pág . 16

Anexo lV

Lineamientos Generales

Los siguientes puntos son de cumplimiento obligatorio

1. Estimado beneficiario, el presente instructivo contiene los requisitos necesarios para acceder a la cobertura de las prestaciones básicas para las personas con discapacidad del año 2023, de acuerdo a lo establecido en el nomenclador vigente Resol.428/99. que comprende a los beneficiarios mayores de un año de edad y hasta los sesenta años inclusive

2. Lo solicitado en este instructivo debe ser enviado a la Obra Social OSTVLA por e-mail, en archivo en formato PDF. al área de Discapacidad Casa Central legajos2025discapacidad@osdepym.com.ar, indicando en el asunto: nombre y apellido del afiliado y DNI.

3. Cada beneficiario debe cumplir en realizar la entrevista con "Incluir", el equipo interdisciplinario de la Obra Social, sin excepciones.

4. Una vez finalizada la entrevista mencionada, el equipo interdisciplinario remitirá el esquema terapéutico anual directamente a la obra social, en formato de resumen de historia clínica, órdenes médicas, escala de dependencia FIM - en caso de necesitar- e informe del beneficiario.

5. Para ello, deben enviar email solicitando la cita e indicando datos de contacto a incluir@redincluir.com y se les asignará la fecha de manera inmediata.

6. Cada solicitud se analizará y se autorizará desde OSTVLA casa central Sector Discapacidad, una vez que se haya presentado toda la documentación en forma completa, y a posterior de la evaluación del equipo Interdisciplinario de Discapacidad de la Obra social.

7. Si fuera necesario, el área de discapacidad podrá requerir documentación adicional a efectos de cumplir con requerimientos médicos establecidos por la normativa vigente. Siendo obligatorio para el beneficiario la presentación de dicha documentación.

8. En ningún caso la recepción de la documentación implica la renovación de la autorización de la cobertura solicitada. La misma está sujeta al análisis de la auditoría del área de Discapacidad y tiene un tiempo de gestión mínimo de 15 días desde recibida la documentación vía mail. Una vez finalizada la gestión, se informarán los faltantes o la propia autorización por sistema automático por medio de un email.

ATENCION

- Las prestaciones se autorizan por períodos de fecha posterior a la presentación de la documentación. No se autorizará períodos retroactivos ni se gestionarán reintegros por prestaciones ya brindadas

- Los aranceles autorizados serán aquellos estipulados por el Ministerio de Salud de la Nación, para las prestaciones reconocidas en el Nomenclador de Prestaciones básicas para personas con Discapacidad. No se autorizará presupuestos de capacitación, supervisión y/o coordinación

- No se liquidarán facturas cuya prestación no haya sido AUTORIZADA previamente, por lo cual, queda bajo la responsabilidad de los beneficiarios, profesionales y/o instituciones el otorgar la prestación sin haber sido notificados de la aprobación de la misma

- Las facturas deben cargarse en la web de la obra social dentro de los 10 días posteriores, DE FINALIZADO el mes en que se brindó la prestación. No se liquidarán facturas presentadas fuera de término, ni aquellas que no hayan sido cargadas según se indica en instructivo de facturación

- A mitad de año todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar y enviar un informe semestral de Evaluación/Evolución del paciente. Al finalizar el periodo todos los Profesionales y/o Instituciones intervinientes deberán confeccionar un informe final circunstanciado de la evolución y estado actual del beneficiario

Anexo lV

- No se autorizarán tratamientos de los lugares y/o profesionales que tengan vencida la categorización y/o no estén inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores dependiente de la Superintendencia de Servicios de Salud y/o en el Servicio Nacional de Rehabilitación No se autorizará prestaciones con fecha anterior a la de emisión del certificado de
- discapacidad Se deberá informar en forma fehaciente cualquier variación, inclusión, exclusión, modificación, etc., que
- se produzca en el tratamiento por medio de una nota firmada por el titular en original. Para la aprobación del cambio de prestador, deberá presentarse nuevamente la documentación que se indica en el presente. En el Régimen del Monotributo, el estricto cumplimiento de los pagos mensuales es condición obligatoria para recibir
- la cobertura médica correspondiente. Ante la ausencia de los mismos, se procede a la inmediata suspensión de las prestaciones autorizadas No se dará curso a todo tratamiento que no tenga evidencia científica por la OMS y/o que no figure en el Nomenclador Básico para Personas con Discapacidad
-

Toda alteración o falta de autenticidad de la documentación aquí solicitada, será derivada al Departamento de Asuntos Legales de la OOSS para su intervención.

RESUMEN DE CONTENIDO DE CADA PRESENTACION

Según Resolución 1731/21 de la Superintendencia de Servicios de Salud:

- La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales.

Presentación de solicitud de prestaciones :

A. Documentación Del Beneficiario:

a. Fotocopia del DNI del paciente con discapacidad y del titular de la OOSS
b. Constancia de CUIL (ANSES) e Inscripción en el Padrón de Beneficiarios de la Superintendencia de Servicios de Salud del titular y el paciente
c. Copia Vigente del C.U.D - Certificado Único de Discapacidad – según Ley Nº 22.431 y Ley Nº 24.901.

Monotributistas

- Constancia de inscripción del titular en el Régimen Simplificado para Pequeños Contribuyentes al inicio de cada periodo de tratamiento

  Últimos SEIS (6) comprobantes de pago del monotributo consecutivos, al inicio de cada periodo del tratamiento

d. Documentación de cada prestador, de acuerdo a lo indicado para cada prestación en este instructivo
e. Conformidad completa y firmada para cada prestación, puede enviarse realizada en forma manuscrita digital. Se incluye modelo en este instructivo.
f. Presupuesto completo para cada prestación, firmado y sellado. Se incluye modelo en este instructivo
g. Informe de evaluación inicial en el caso de comenzar una nueva prestación
h. Informe completo del año que se finaliza y plan de abordaje para el periodo que se presupuesta
i. Constancia de alumno regular, emitida por institución educativa, del año en curso.
j. Alta de prestador, de cada uno de ellos. Se incluye modelo en este instructivo

BAJA DE LA PRESTACIÓN

En aquellos casos que se desee dar la BAJA de la/s prestación/es, la persona con discapacidad, su familiar responsable/figura de apoyo, deberá informarlo a la Obra Social o Empresa de Medicina Prepaga por medios digitales o los habilitados por la entidad.

ALTA O CAMBIO DE PRESTADOR

Cada afiliado puede pedir cambio de sus prestadores cuando fuera más beneficioso para el tratamiento del beneficiario. Deberá enviar la documentación completa del nuevo prestador junto con nota de cambio de prestador informando la baja y el alta de cada prestador, respectivamente. Se incluye modelo en este instructivo

Anexo lV

Requisitos específicos para cada prestación:

1.Instituciones: Centros Educativos, Centros Educativos Terapéuticos, Centros de Día, Centros de Rehabilitación, Hogares, Residencias.

- Fotocopia de la resolución completa de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, según Resol. Ministerial 444/14
- Fotocopia de la resolución completa de Categorización del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la
- Persona con Discapacidad (SNR), para los casos en que no corresponda la inscripción en el RNP
- Constancia de CUIT
- Presentación del formulario de Alta de Proveedores (ver modelo alta proveedor)
  Conformidad firmada por el titular y el prestador en original al inicio del tratamiento. Debe ser individual por cada prestación solicitada. Se incluye modelo en este instructivo
- Para solicitudes de Hogar en cualquiera de sus modalidades, se debe presentar informe de trabajador social.

2. Profesionales Independientes: Lic. en Fonoaudiología; Kinesiología, Terapia ocupacional, Psicología, Psicopedagogía.

- Fotocopia de DNI, título profesional y de la inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP) de la Superintendencia de Servicios de Salud, en un todo de acuerdo a la Resolución 444/14
- Deberán acreditar la Habilitación sanitaria del consultorio Resol.1086/19 y enviar copia de la póliza de Seguro de Responsabilidad Profesional (Seguro de "mala praxis"), seguro de accidentes personales con No repetición y copia de la constancia de inscripción ante AFIP
- Presentación del formulario de Alta de Proveedores Se incluye modelo en este instructivo.

3.Equipo de Integración Escolar o Maestra de Apoyo Escolar:

- Constancia de ALUMNO REGULAR original del Establecimiento Educacional al que asiste el beneficiario, que certifique su condición de alumno regular para el año solicitado. Deberá ser presentada dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del ciclo lectivo.
- Acta Acuerdo de Integración firmada por la docente integradora, los padres del paciente, y un representante legal de la escuela donde se realice la integración. Se incluye modelo en este instructivo. Deberá ser presentada dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del ciclo lectivo.
- Presupuesto del Equipo Integrador por Institución o del Maestro o Profesor de Educación Especial y/ o Psicopedagogo que realice el Apoyo a la Integración Escolar con Nº de CUIT, firma autorizada y fecha, detallando cantidad de sesiones/horas por semana de atención y el valor mensual
- Informe de la Institución o del Profesional con el plan de la integración, detallando: grado o nivel en que se encuentra el niño, plan de trabajo que debe incluir las reuniones con los padres/docentes de grado y docentes especiales y coordinador, proyecto de integración con objetivos y adaptaciones curriculares, firmado por la docente especial o el /los profesionales que intervienen.
- Fotocopia completa de la resolución de categorización otorgada al Equipo Integrador, emitida por el Servicio Nacional de Rehabilitación.
- Fotocopia de la constancia de inscripción en AFIP.
- En el caso de Maestro o profesor en Educación Especial independientes que no requieran inscripción en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud, fotocopia del DNI, del título, certificado analítico de materias y de la matrícula, en caso de que cuente con la misma.

4. Transporte

- Declaración jurada del domicilio donde vive la persona con discapacidad y/o Certificación de Domicilio emitido por departamento policial. Acreditar el pedido con el detalle de las direcciones correspondientes en la justificación médica pertinente mediante el Resumen de Historia Clínica. El acceso al presente beneficio, se autorizará a aquellos pacientes que se vean imposibilitados de utilizar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314 art 22 inc. a). y acompañen una justificación médica precisa de dicha necesidad.

Anexo lV

- Presupuesto, según Modelo de TRANSPORTE con nombre del beneficiario y periodo de prestación, indicando domicilio de origen y de destino, días y horarios. Se contemplará kilometraje diario con la verificación en GOOGLE MAPS, **resultando autorizado el recorrido de menor distancia**. La cobertura a brindar siempre será para los destinos de rehabilitación y escolaridad. No se autorizan horas de espera, ni recorridos que no impliquen la ida y vuelta del paciente a la rehabilitación y/o la escolaridad. Asimismo, serán tomados como válidos los recorridos diarios efectivamente realizados, corroborando con el cronograma de días y horarios informados en el consentimiento del diagrama del Traslado según Resol.887/17, y verificados en planilla de asistencia de la prestación que realiza. No se contemplarán viajes de días feriados, paros o de otra índole. Se incluye modelo en este instructivo.
- Acompañar un Certificado de cobertura emitido por la Compañía de Seguros, del Seguro del vehículo que utilicen, o de
- Responsabilidad Civil de la empresa de transporte, remisería, etc. No se aceptarán pólizas que especifiquen como
- "Destino/Uso: Particular".
- Fotocopia del DNI y del Registro de Conducir del transportista D1 D2, Constancia de Inscripción en AFIP, Verificación técnica
- vehicular y Habilitación Municipal de la compañía de transporte o remisería.
- Confeccionar una factura con el detalle de cada recorrido y acompañarla con una planilla de recorrido firmada por la madre tutor o acompañante, que coincida con lo declarado en el presupuesto.
- Declaración Jurada de no posesión de Vehículo otorgado por el Servicio Nacional de Rehabilitación, firmada por el titular. Se incluye modelo en este instructivo.
- Formulario de Alta de Proveedores. Se incluye modelo en este instructivo.

CONTACTOS

Consultas prestacionales: Discapacidad@osdepym.com.ar
Consultas por facturación: prestadoresdiscapacidad@osdepym.com.ar
Equipo Interdisciplinario Incluir: Tel: 4583-1273 E-mail: incluir@redincluir.com

Anexo lV

Formulario nº 1

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:

NOMBRE Y APELLIDO: ……..

DNI: ……..

DIAGNOSTICO: ……

NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR: ……..

TELEFONO PARTICULAR: …… CEL: ……..

TELEFONO ALTERNATIVO (INDICAR A QUIÈN PERTENECE): ……..

MAIL: ……

DOMICILIO: …… LOCALIDAD: ……

GRUPO FAMILIAR (INDICAR NOMBRE, APELLIDO Y VINCULO): ……

……

OTROS: ……

……

Anexo lV

Formulario nº 2

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO - DISCAPACIDAD

Anexo según Res. 1731/21 SSS/MS

ANEXO CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2025

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo……con Documento Tipo (……) Nº ..... , 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_____
hasta____
2. Prestación:_____Prestador:_____
Período de la prestación: desde_____
hasta____
3. Prestación:_____Prestador:_____
Período de la prestación: desde_____
hasta____
4. Prestación:_____Prestador:_____
Período de la prestación: desde_____
hasta____

Firma: …… Aclaración: ……

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

Dejo constancia que la conformidad brindada en el presente documento es realizada en nombre de:

Manifiesto ser el familiar/ responsable / tutor y doy conformidad respecto a la/s prestación/es detalladas precedentemente.

Firma: …… Aclaración: …… Documento: …….

Lugar y fecha: ……

Anexo lV

Formulario nº 3

MODELO DE NOTA DE CAMBIO DE PRESTADOR

Fecha: .....

Sres. (OOSS) ..... ,

Por medio de la presente me dirijo a ustedes para solicitar un cambio de prestador para el beneficiario ……..
con DNI …….

Nuevo prestador: .....
Prestación: …….
Mes de Inicio: .....

Se deja constancia de la baja del prestador …… quien prestó el servicio hasta el mes de ……

Observaciones: .....
.....

Firma beneficiario/Representante*: ……
*En caso de ser el representante, detallar parentesco

Aclaración: .....

DNI: .....

Anexo lV

Formulario nº 4

Acta de compromiso de Integración Escolar

A los ……. Días del mes de …….. de ……., en la localidad de ..... Buenos Aires, se reúnen …….

.....

……..

……..

Para acordar los siguientes aspectos del niño/a ……

Dni …….. socio de la obra social …….. Nº de afiliado ……..

El horario de Acompañante (Figura válida para la Institución educativa) o Maestra de Apoyo a la Integración Escolar (Figura válida para la O. Social según Nomenclador Nacional para las personas con Discapacidad); dentro del recinto escolar será en ……los días …… en la franja horaria …….. a ……..

El rol consistirá en asistir al niño/a dentro de la dinámica áulica; dichas intervenciones serán a nivel asistencial y en el campo pedagógico siempre que la actividad lo requiera.

Se trabajará mancomunadamente con la docente de grado y la Psicopedagoga en el caso que corresponda.

Se buscará la mayor autonomía por parte del niño/a integrado, que pueda respetar los tiempos de actividad dentro del aula.

Promover mayores niveles atencionales.

La totalidad de los honorarios del Módulo de equipo Integrador y/o profesional destinado al caso es solventada directamente por la O. Social con los valores establecidos y en cumplimiento de la Resol. Vigente Nº..... Según el nomenclador básico para las personas con Discapacidad del niño/a acompañar.

En prueba de dicho acuerdo, los interesados firman al pie dos ejemplares.

A los …….. Días del mes de …….. Del año ……..

…….

Firma Padre / Tutor Firma Integrador Firma Resp Escuela

Anexo lV

<u>Formulario nº 5</u> PRESUPUESTO INSTITUCIONES Y/O PROFESIONALES INDEPENDIENTES

<u>Fecha: …….. Señores (OOSS)……</u>……..

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2025.

Beneficiario …… DNI: …….. Modalidad (virtual/presencial): …… Periodo solicitado: …… /2025 hasta ..... /2025 Cantidad de sesiones semanales …….. Cantidad de sesiones mensuales …….. Valor de la sesión …….. Monto mensual …… Especificar con una X en caso de corresponder:

Jornada Simple ☐ Jornada Doble ☐ Incluye dependencia ☐

Aclaraciones: ……

……

Especialidad /Prestación: .....

Prestador: ……

N° de CUIT: ..... Teléfono:.....

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIO					

Nº DE CUIT TELEFONO

E-Mail:.....Domicilio……

firma y Sello del Prestador

Aclaración / DNI / N° de Matrícula

Anexo lV

Formulario nº 6

DECLARACIÓN JURADA DE NO POSESIÓN DE VEHÍCULO FRANQUICIADO

FECHA: .....

Señores OSTVLA:

De nuestra mayor consideración:

Por la presente, y a requerimiento del Sistema Único de Reintegro, doy conformidad que NO poseo vehículo adquirido por franquicia otorgada por el Servicio Nacional de Rehabilitación para mi hijo/a con DISCAPACIDAD.

Sin más saludo a Uds. atte.

Firma del Padre, Madre o Tutor: .....

Aclaración: .....

DNI: .....

Anexo lV

Formulario nº 7

INFORME PRESTACIÓN TRANSPORTE

Mes_____de 2025 .

Apellido y Nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Número de DNI:

PERÍODO :

¿Brindó la prestación de Transporte durante el período de Aislamiento

Social Preventivo y Obligatorio? □ SÍ □ NO

MOTIVO: _____

¿En qué modalidad prestacional brindó Transporte? _____

¿Qué tipo de asistencia brindó? TRASLADO DE:

□ ALIMENTOS

□ MATERIAL DIDÁCTICO

□ OTROS _____

PRESENCIAL PERÍODO:

PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA TRASLADO DE

□ PRESENCIAL TRASLADO DE

□ ALIMENTOS

□ MATERIAL DIDÁCTICO

□ OTROS

PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA TRASLADO DE

□ PRESENCIAL TRASLADO DE

□ ALIMENTOS

□ MATERIAL DIDÁCTICO

□ OTROS

PRESTACIÓN TIPO DE ASISTENCIA TRASLADO DE

□ PRESENCIAL TRASLADO DE

□ ALIMENTOS

□ MATERIAL DIDÁCTICO

□ OTROS

FIRMA, ACLARACIÓN Y DNI DEL PRESTADOR

Formulario nº 8

MODELO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha: ……..

Señores (OOSS)

Me dirijo a Uds. a fin de presentar el Presupuesto correspondiente al año 2025.

Beneficiario ……

DNI: ……

Periodo solicitado: …….. /2025 hasta ..... /2025

Cantidad de Kilómetros semanales ……

Cantidad de Kilómetros mensuales ……..

Valor del Kilómetro ($) ……

Monto mensual ($) ……

Especificar con una X en caso de corresponder: □ Incluye dependencia

Recorridos	**KM POR DIA**	**KM POR MES**
RECORRIDO 1 **PRESTACION DE DESTINO**		
Especificar día de la semana		
Domicilio de Origen		
Domicilio de Destino		
RECORRIDO 2 **PRESTACION DE DESTINO**		
Especificar día de la semana		
Domicilio de Origen		
Domicilio de Destino		
RECORRIDO 3 **PRESTACION DE DESTINO**		
Especificar día de la semana		
Domicilio de Origen		
Domicilio de Destino		
Cantidad total de kilómetros		

Observaciones: ……

Prestador: ……..

CUIT: .....

Teléfono: .....

Mail: .....

Domicilio: .....

_____ _____

Firma y sello del Prestador Aclaración / DNI

Anexo lV

Formulario nº 9

ALTA DE PROVEEDORES

Ante cualquier consulta, comunicarse al siguiente mail: altaproveedores@osdepym.com.ar

Proveedor Nro.:

Vigencia:

Datos institucionales
Razón social:
Domicilio
Calle NUMERO PISO DPTO LOCALIDAD
CODIGO POSTAL PROVINCIA
Teléfonos
Dirección correo electrónico
Nº de Inscripción en la SSS:
Datos Impositivos
CUIT
Razón legal
Condición respecto del IVA EXENTO ( ) INSCRIPTO ( ) MONOTRIBUTO ( )
Condición respecto de Ganancias:
(Marcar lo que corresponda) EXENTO ( ) NO EXENTO ( )
Condición respecto a Ingresos Brutos:
(Marcar lo que corresponda) LOCAL ( ) CONVENIO MULTILATERAL ( )
REGIMEN SIMPLIFICADO ( ) EXENTO ( )
Nº de inscripción en Ingresos Brutos:
Medico
No ( ) SI ( ) MATRICULA EN BS AS ( ) OTRA ( )
Tipo de prestación
Turismo ( ) CENTRO MEDICO ( ) OTROS ( )

Anexo lV

DATOS PARA LA REALIZACION DE PAGOS/ TRANSFERENCIA ELECTRONICA		
DENOMINACION DE LA CUENTA		
CUIT DEL TITULAR DE LA CUENTA		
CHEQUE A NOMBRE DE		
BANCO CON EL QUE OPERA		
NUMERO DE SUCURSAL DEL BANCO		
TIPO DE CUENTA	CUENTA CORRIENTE ( )	CAJA DE AHORRO ( )
(Marcar lo que corresponda)		
NUMERO DE CUENTA		
C.B.U DE LA CUENTA (COMPUESTO POR 22 DIGITOS)		
E-mail institucional para avisos de pagos:		
Firma y Aclaracion		
Favor de completar la totalidad de los datos		

Anexo lV

LISTADO DE PRESTADORES

1-REHABILITACION

1.1 AMBULATORIA

CABA

CERMI SALUD SA
SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FISICA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA.
SEDE CABALLITO
AV RIVADAVIA 4684
TEL 4901-7800
MAIL info@cermisalud.com.ar

CERMI SALUD S.A
SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FISICA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA.
SEDE PALERMO
AV CORDOBA 3534
TEL 4862-0204
MAIL info@cermisalud.com.ar

APRENDIENDO CERCA CANNING SRL
REP BOLIVIANA DE VENEZUELA 1146 P 3 (1095)*
TEL 5032-2412 INT 1301
WHATSAPP 112510-1917
MAIL info@cercaospana.com

REDAT SRL
PRINGLES 722 (1183)
TEL 4862-1593/ 4862-0958
MAIL info@redat.com.ar

GRAN BUENOS AIRES

ZONA NORTE

CERMI SALUD S.A
SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FISICA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA.
AV PTE PERON 1045 SAN FERNANDO
TEL 4725- 5195
MAIL info@cermisalud.com.ar

Anexo lV

ZONA OESTE

ANFI SALUD
PSICOLOGIA - FONOAUDIOLOGIA- PSICOPEDAGOGIA -TERAPIA FISICA-TERAPIA OCUPAIONAL
REPUBLICA 5672 VILLA BALLESTER (1653)
TEL: 4768-6710/ 4767-7482
MAIL anfisalud@anfisalud.com.ar

CERMI SALUD S.A
SERVICIO SOCIAL, TERAPIA FISICA, PSICOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA.
SEDE SAN JUAN
DR EIZAGUIRRE 2431 SAN JUSTO
TEL 4651-2153
MAIL info@cermisalud.com.ar

APTUS
SERVICIO DE ATENCION MEDICA, TERAPIA FISICA, SERVICIO SOCIAL, PICOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, FONOAUDIOLOGIA
CONCEJAL TRIBULATO 930 SAN MIGUEL (1663)
TEL 011 4451-3986/ 4667-4334
MAIL info@aptus-sm.com.ar

CLINICAL TRIAL SERVICE PERSONAL
MORENO 506 (1704) RAMOS MEJIA
TEL 5199-5600
MAIL info@indelo.com.ar

ZONA SUR

CERCA SALUD y REHABILITACION S.A
KINESIOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL
MARIANO CASTEX 1277 CANNING (1804)
TEL: 2083-0078
MAIL info@cercasalud.com

LOGRANDO
CONSULTA MEDICA EN REHABILITACION, PSICOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, FONOAUDIOLOGIA, KINESIOLOGIA, TRABAJO SOCIAL, TERAPIA OCUPACIONAL
SAN MARTIN 1819 LUIS GUILLON (1838)
TEL 011 7521-5162
MAIL info@logrando.com.ar

CORDOBA

CENEIN
CONSULTA MEDICA, TERAPIA FISICA, PSICOPEDAGOGIA, PSICOLOGIA, FONOAUDIOLOGIA, SERVICIO SOCIAL
CLEVELAND 5372 BARRIO SANTA ISABEL (5017)
TEL 351 5062068/ 351 3066237
MAIL info@cenein.com.ar/ institucional@cenein.com.ar

MENDOZA

CEDDEC
CONSULTA MEDICA, TERAPIA FISICA, PSICOLOGIA, PSICOPEDAGOGIA, FONOUDIOLOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL, SERVICIO SOCIAL
TENIENTE 1 IBAÑEZ 43 B.GODOY CRUZ (5501)*
TEL: 0261 4245425/ 4244472/ 2063297
MAIL instituoceddec@yahoo.com.ar

SANTA FE

MITA I SERVICIO DE REHABILITACION
AV PELLEGRINI 541 ROSARIO (2000)
TEL 0341 4813624
MAIL coordinacion@mitairosario.com

AYUN CENTRO DE ESTIMULACION Y APRENDIZAJES TEMPRANOS
CASTELLANOS 557 ROSARIO (2000)
TEL 0341 6796476
MAIL contacto@centroayun.com.ar

1.2 HOSPITAL DE DIA

1.3 INTERNACION

2-ESTIMULACION TEMPRANA

CABA

CENTRO CARI
HIPOLITO IRIGOYEN 4081 (1208)
TEL: 4981-8259
MAIL coordinacion@centrocari.com.ar

BLANCO PATRICIA
AVDA RIVADAVIA 1367 P 4 B (1004)*
CELULAR 1530089007
MAIL patriciablanco@yahoo.com.ar

Anexo lV

ZONA SUR

LOGRANDO
SAN MARTIN 1819 LUIS GUILLON (1838)
TEL : 7521-5162
MAIL info@logrando.com.ar

INTERIOR DEL PAIS

MENDOZA

CEDDEC
TENIENTE 1 IBAÑEZ 43B G.CRUZ (5501)*
TEL: 0261 4245425/ 4244472/ 2063297
MAIL institutoceddec@yahoo.com.ar

MISIONES

CENTRO SALUD DEL CERRO
MORITAN 2254 (3300)
TEL: 3764 234331/ 5260995
MAIL delcerrorehabilitacion@gmail.com

SANTA FE

MITA I SERVICIO DE REHABILITACION
AV PELLEGRINI 541 ROSARIO (2000)
TEL 0341 4813624
MAIL coordinacion@mitairosario.com

AYUN CENTRO DE ESTIMULACION Y APRENDIZAJES TEMPRANOS
CASTELLANOS 557 ROSARIO (2000)
TEL 0341 6796476
MAIL contacto@centroayun.com.ar

CHACO

CRECER CON TODO SRL
LISANDRO DE LA TORRE 76 RESISTENCIA
TEL 0362 427 7805
MAIL crecercontodos@live.com.ar

CRECER CON TODOS SRL
PRINGLES 165 R.SAENZ PEÑA
TEL 1379 454 8908
MAIL crecercontodos@live.com

CREDES LAS BREÑAS
AV SAN MRTIN 740
TEL 3624 4464445/ 4461544
MAIL credes.srl@hotmail.com

CORRIENTES

CRECER CON TODOS SRL
AV LA PAZ 2375
TEL 0379 454 8908
MAIL crecercontodos@live.com

3-CENTRO DE DIA

CABA

CENTRO DE DIA SANTA MARTA
JOSE ENRIQUE RODO 5661 MATADEROS (1440)
TEL 4682-3004/05/09
MAIL prestacionessantamarta@gmail.com

CONFLUIR S.A
SARANDI 1365 (1251)
TEL: 4304-7161
MAIL confluir.adm@hotmail.com

GRAN BUENOS AIRES

ZONA NORTE

CENTRO DE DIA CUMULEN
REPUBLICA 5672 VILLA BALLESTER (1653)
TEL: 4768-6710/ 4767-7482
MAIL administracion@centrodediacumelen.com.ar

CENTRO DE DIA ALESSANDRA SRL
RAMON CASTRO 3167 OLIVOS (1636)
TEL 5611-1164 / CEL 152300-7856
MAIL nfo@alessandracentrodedia.com.ar

ZONA OESTE

APTUS
CONCEJAL TRIBULATO 930 SAN MIGUEL (1663)
TEL 011 4451-3986/ 4667-4334
MAIL info@aptus-sm.com.ar

ZONA SUR

BETANIA ENCUENTRO DE NIÑOS ESPECIALES CON JESUS
SUIPACHA 240 TURDERA (1834)
TEL: 4231-5693
MAIL betaniaturdera@yahoo.com

INTERIOR DEL PAIS

SANTA FE

TERCER FILTRO
BIEDMA 1311 ROSARIO (2000)
TEL: 341 640 7541
MAIL info@tercerfiltro.com.ar

CHACO

INSTITUTO IAD SRL
AV SABIN 3050 RESISTENCIA
TEL 3624047812
MAIL info@institutoiad.com

CRECER CON TODOS SRL
RUTA 11 KM 1007 RESISTENCIA
TEL 0362 446 4544/ 4445
MAIL crecercontodos@live.com

CRECER CON TODOS SRL
PRINGLES 165 R.SAENZ PEÑA
TEL 0379 454 8908
MAIL crecercontodos@live.com

CREDES LAS BREÑAS SRL
AV SAN MARTIN 740
TEL 3624 4464445/ 4461544
MAIL credes.srl@hotmail.com

MISIONES

CEMAD SRL
AV SAN MARTIN 960 PUERTO RICO
TEL 3743 550397
CELULAR 3743 610840
MAIL info@cemadmisiones.com

CORRIENTES

INSTITUTO IAD SRL
ALBERDI 2099/2085
TEL 379 4231902
MAIL info@institutoiad.com

CRECER CON TODOS SRL
AV LA PAZ 2375
TEL 0362 445 1128
MAIL crecercontodos@live.com

4- CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

CABA

CET CURAPALIGUE S.A
AV CURAPALIGUE 726 PB (1406)
TEL : 2103-9598
MAIL curapaligue@gmail.com

INSTITUTO SEMBRAR SRL
PASAJE MASON 4425 (1414)
TEL 4772-2610
MAIL institutosembrar@yahoo.com.ar

APREDIS SRL
AV SAN MARTIN 3175 PB (1415)
TEL 2888-9358
MAIL info@apredis.com.ar

GRAN BUENOS AIRES

ZONA OESTE

MARENAS CET
LEANDRO N. ALEM 2653 MORENO (1744)
TEL : 0237 405-4192
MAIL marenascet@gmail.com

VANPAI
DEFILLIPPI 881/83/85 ITUZAINGO (1714)
TEL : 4623 2562
MAIL vanpai_cet@yahoo.com.ar

INTERIOR DEL PAIS

CORDOBA

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO CON INTEGRACION ESCOLAR FARFALINA
RODRIGUEZ PEÑA 2523 ALTA CORDOBA
TEL WATSAPP 3512020406673
MAIL centro@somosfarfalina.com

CHACO

INSTITUTO IAD SRL
AV SABIN 3050 RESISTENCIA
TEL 362 4047812
MAIL info@institutoiad.com

CRECER CON TODOS SRL
RUTA 11 KM 1007
TEL 0362 446-4544/ 4445
MAIL crecercontodos@live.com

CRECER CON TODOS SRL
PRINGLES 165 R.SAENZ PEÑA
TEL 0349 454 8908
MAIL crecercontodos@live.com

CORRIENTES

INSTITUTO IAD SRL
AV ALBERDI 2099/2085
TEL 379 4231902
MAIL info@institutoiad.com

CRECER CON TODOS SRL
AV LA PAZ 2375
TEL 0379 454 8908
MAIL crecercontodos@live.com.ar

MIISIONES

CEMAD SRL AV SAN MARTIN 960 PUERTO RICO TEL 3743 550397 CEL 3743 610840 MAIL info@cemadmisiones.com

5 -PRESTACIONES EDUCATIVAS

CABA

COLEGIO DE LA SALLE ASOC EDUCACIONISTA
AYACUCHO 665 (1026)
TEL 011 4373-2760/ 4374-6449
MAIL obrassociales@lasalleba.edu.ar

GRUPO CAMINANTES- INST DE EDUCACION ESPECIAL
ESTEBAN GASCON 1269 PALERMO (1181)
TEL 4862-9541
MAIL administracion@grupocaminantes.com.ar

INSTITUTO GENESIS SRL
H. DE LERMA 660 (1440)
TEL 4771-9130/ 4777-1167
MAIL institutogenesis@fibertel.com.ar

GRAN BUENOS AIRES

ZONA NORTE

CFI LUCERO S.H GAROFALO/ PI JIMENA
MONS LARUMBE 230 MARTINEZ (1640)
TEL 4793-9010/ 4792-1108/ 4793-7331
MAIL adm.cfilucero@hotmail.com/ administracion.cfi@lucero.edu.ar

INSTITUTO ARMONIA EDUC ESPEC
AV SIR A.FLEMING 939 MARTINEZ (1640)
TEL 4717-6040
MAIL administracion@institutoarmonia.edu.ar

INTERIOR DEL PAIS

CHACO

INSTITUTO IAD SRL
AV ALBERDI 2099/2085
TEL 379 4231902
MAIL info@institutoiad.com

CRECER CON TODOS SRL
EGB CON INTEGRACION/ EDUC INICIAL CON INTEGRACION
FRONDIZI 971 RESISTENCIA
TEL 3624 4464445
WHATSAPP 3624 261856
MAIL crecercontodos@live.com

CRECER CON TODOS SRL
EGB CON INTEGRACION/ EDUCACION INICIAL CON INTEGRACION
RUTA 11 KM 1007 RESISTENCIA
TEL 0362 446 4544/ 4445
MAIL crecercontodos@live.com

CRECER CON TODOS SRL
NIVEL INICIAL
LISANDRO DE LA TORRE 76 RESISTENCIA
TEL 0362 427 7805
MAIL crecercontodos@live.com

CRECER CON TODOS RL
INTEGRACION A LA ESCUELA COMUN
PRINGLES 165 R.SAENZ PEÑA
TEL 0379 454 8908
MAIL crecercontodos@live.com

CORRIENTES

CRECER CON TODOS SRL
NIVEL INICIAL
AV LA PAZ 2375
TEL 0379 454 8908
MAIL crecercontodos@live.com

CREDES LAS BREÑAS
AV SAN MRTIN 740
TEL 3624 4464445/ 4461544
MAIL credes.srl@hotmail.com

6- SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACION (SAIE)

CABA

CENTRO CARI SRL
HIPOLITO IRIGOYEN 4081 (1208)
TEL: 4981-8259
MAIL coordinacion@centrocari.com.ar

CENTRO TERAPEUTICO IVAR SRL
AV CORRIENTES 3547 P 5 A*
TEL: 6086-3696
MAIL contacto@ivar.com.ar

REDAT SRL
PRINGLES 722 (1183)
TEL 4862-1593/ 4862-0958
MAIL info@redat.com.ar

APREDIS SRL
AV SAN MARTIN 3175 PB (1415)
TEL 2888-9358
MAIL info@apredis.com.ar

ASOC PARA EL DESARROLLO DE LA EDUCACION ADEEI
MANUELA PEDRAZA 3195 (1429)
TEL 4543 7838
MAIL asociacion@adeei.org.ar

GRAN BUENOS AIRES

ZONA NORTE

ASOC PLATERITO PRO
F. MENDELSOHN 2349 HURLINGHAM (1686)
TEL 4665-0333
MAIL plateritocfl@hotmail.com

ZONA OESTE

ANFI SALUD
REPUBLICA 5672 VILLA BALLESTER (1653)
TEL: 4768-6710/ 4767-7482
MAIL anfisalud@anfisalud.com.ar

ZONA SUR

LOGRANDO
SAN MARTIN 1819 LUIS GUILLON (1838)
TEL : 7521-5162
MAIL info@logrando.com.ar

INTERIOR DEL PAIS

TODO EL PAIS

CENTRO TERAPEUTICO IVAR SRL
AV CORRIENTES 3547 P 5 A*
TEL: 6086-3696
MAIL contacto@ivar.com.ar

REDAT SRL
PRINGLES 722 (1183)
TEL 4862-1593/ 4862-0958
MAIL info@redat.com.ar

SANTA FE

TERCER FILTRO SRL
PTE ROCA 1184 / LAPRIDA 1157 ROSARIO (2000)
TEL 0341 426-5145
MAIL info@tercerfiltro.com.ar

MITA I SERVICIO DE REHABILITACION
AV PELLEGRINI 541 ROSARIO (2000)
TEL 0341 4813624
MAIL coordinacion@mitairosario.com

AYUN CENTRO DE ESTIMULACION Y APRENDIZAJES TEMPRANOS
CASTELLANOS 557 ROSARIO (2000)
TEL 0341 6796476
MAIL contacto@centroayun.com.ar

CORDOBA

CENEIN
CLEVELAND 5372 BARRIO SANTA ISABEL 1 SECC*
TEL: 0351 4940437 CELULAR 0351 153066257
MAIL info@cenein.com.ar

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO CON INTEGRACION ESCOLAR FARFALINA
RODRIGUEZ PEÑA 2523
TEL WATSAPP 3512020406673
MAAIL centro@somosfarfalina.com

CHACO

CRECER CON TODOS SRL
FRONDIZI 971 RESISTENCIA
TEL 3624 4464445
WATSAPP 3624 261856
MAIL crecercontodos@live.com

CRECER CON TODOS SRL
INTEGRACION A LA ESCUELA COMUN
LISANDRO DE LA TORRE 76 RESISTENCIA
TEL 0362 427 7805
MAIL crecercontodos@live.com

CREDES LAS BREÑAS SRL
AV SAN MARTIN 740
TEL 3624 4464445
MAIL credes.srl@hotmail.com

CORRIENTES

CRECER CON TODOS SRL
AV LA PAZ 2375
TEL 0379 454 8908
MAIL crecercontodos@live.com

8- FORMACION LABORAL

CABA

GRUPO CAMINANTES- INST DE EDUCACION ESPECIAL
ESTEBAN GASCON 1269 (1181)
TEL 4862-9541
MAIL administracion@grupocaminantes.com.ar

COLEGIO DE LA SALLE ASOCIACION EDUCACIONISTA
AYACUCHO 665 (1026)
TEL 011 4373-2760/ 4374-6449
MAIL obrassociales@lasalleba.edu.ar

GRAN BUENOS AIRES

ZONA NORTE

ASOC PLATERITO PRO
F.MENDELSOHN 2349 HURLINGHAM (1686)
TEL 011 4665-0333
MAIL plateritocfl@hotmail.com

CFI LUCERO S.H GAROFALO/ PI JIMENA
MONS LARUMBE 230 MARTINEZ (1640)
TEL 4793-9010/ 4792-1108/ 4793-7331
MAIL direcion.cfi@lucero.edu.ar

INTERIOR DEL PAIS

CHACO

CRECER CON TODOS SRL
RUTA 11 KM 1007 RESISTENCIA
TEL 0362 446 4544/ 4445
MAIL crecercontodos@live.com

CORRIENTES

CRECER CON TODOS SRL
AV LA PAZ 2375
TEL 0379 454 8908
MAIL crecercontodos@live.com

10- HOGAR / RESIDENCIA

CABA

HOGAR SAN FRANCISCO DE LA LOMA SRL
SIMBRON 3972 DEVOTO (1417)
TEL 0114739-9270
MAIL hogarsfl@gmail.com

AGLASC S.A AV GRAL JUAN M DE PUEYRREDON 2160 P 2 F. RECOLETA*
(1119) TEL 011 4803-2059/ 4807-4947 MAIL lacatadepilar@gmail.com

INSTITUTO VENID
BOYACA 483 FLORES (1406)
TEL 011 4633-0492
MAIL venid@fibertel.com.ar

CONFLUIR S.A
SARANDI 1365 (1251)
TEL: 4304-7161
MAIL confluir.adm@hotmail.com

INFORMAREMOS MENSUALMENTRE POR DIFERENTES CANALES DE COMUNICACIÓN TODA MODIFICACION QUE SIGNIFIQUE UN CAMBIO EN LA CARTILLA