

Bmé. Mitre 1906 - CP: C1039AAD - C.Aut. de Buenos Aires - RNOS: 1-0080-9
Tel.: +54 11 49537277 - Fax: +54 11 49537422
E-mail: osa@aeronavegantes.com - info@aeronavegantes.com



Obra Social de Aeronavegantes

ANEXO IV (DISCAPACIDAD)



La **Obra Social de Aeronavegantes** garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley 24.901, que instituye el sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y a su Decreto Reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por la resolución 428/1999 MSAL y normas complementarias.

La **OSA** cuenta con un sector de auditoría y orientación para las personas con Discapacidad, y un Equipo Interdisciplinario de especialistas en la materia. El principal objetivo de este sector es acompañar, orientar y evaluar las prestaciones solicitadas por los beneficiarios con discapacidad.

Todas las prestaciones solicitadas requieren auditoría previa. Para acceder a esta cobertura, deberá comunicarse telefónicamente con el sector de discapacidad al 4953-7277 o por correo electrónico a areamedica@aeronavegantes.com, en forma previa al inicio de cualquier tratamiento, a fin de ser asesorado respecto a las prestaciones cubiertas por esta **OSA**. Auditoría Médica realizará una evaluación interdisciplinaria, ya sea al inicio o en cualquier etapa del tratamiento, con el fin de evaluar el plan propuesto por el médico tratante y así ofrecer una orientación prestacional adecuada a las características de la persona de la discapacidad a través de la red de prestadores de **OSA**. En caso de optar por algún efector (profesional o institución) externo a la red, éste puede presentar sus datos por correo electrónico a areamedica@aeronavegantes.com a fin de evaluar su contratación como prestador.

La red de prestadores es dinámica sujeta a modificaciones en forma permanente: altas, bajas y modificaciones. Las actualizaciones son públicas en la página web

DOCUMENTACION RESPALDATORIA PARA LA SOLICITUD DE PRESTACIONES 2023

La documentación debe ser enviada en formato digital (JPG y/o PDF), firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y enviada a los mails institucionales: mpontorio@aeronavegantes.com y/o areamedica@aeronavegantes.com.

El archivo deberá nombrarse de la siguiente manera: Apellido y Nombre del afiliado.

Documentación a presentar por el beneficiario:

- Certificado de discapacidad legible y vigente.
- Constancia de alumno regular o nota aclaratoria del titular en caso de no estar escolarizado.
- Conformidad por las prestaciones firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable/tutor. Conforme ANEXO II (Establecido por la SSSalud).
- Resumen de historia clínica: firmado por médico tratante (*).
- Prescripción de las prestaciones comprendidas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, firmada por médico tratante (*).



(*) IMPORTANTE: Las prescripciones médicas deben ser con fecha anterior al comienzo de la prestación donde conste nombre, apellido y DNI del paciente, modalidad de prestación (cantidad de sesiones semanales) y periodo de cobertura (desde-hasta), diagnóstico.

Documentación a presentar por el prestador:

Las prestaciones son reagrupadas en:

- a. Prestaciones brindadas por instituciones (escuelas especiales, centros educativos terapéuticos, formación laboral, centros de rehabilitación, centros de día, hogar, entre otros).
- b. Prestaciones de rehabilitación por sesiones brindadas por profesionales independientes (psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, entre otros).
- c. Apoyo a la integración escolar (brindada por una institución).
- d. Maestro de Apoyo (brindada por un profesional independiente).
- e. Transporte.

a. INSTITUCIONES

Las instituciones deben encontrarse inscriptas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las Prestaciones Terapéutico, Educativas y Asistenciales (Res. 1328/06 M.S.).

1. Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
2. Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
3. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
4. Presupuesto prestacional con datos completos del prestador, teléfono de contacto y correo electrónico.
5. Inscripción en el registro nacional de prestadores de servicios de atención a favor de las personas con discapacidad, dependiente de la agencia nacional de discapacidad.
6. Constancia de inscripción en AFIP.
7. Constancia de CBU.
8. Consentimiento del tratamiento indicado: Formulario Discapacidad Instituciones.
9. En caso de solicitar **dependencia** para las prestaciones de Hogar, Hogar con Centro de Día, Hogar con Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día y Centro Educativo Terapéutico, se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional y el informe del prestador especificando los apoyos que se brindaran conforme al plan de abordaje individual.



b. PRESTACIONES DE REHABILITACION

Los prestadores deben encontrarse inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud (RNP) (Res. 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias (496/2014-MSal).

1. Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
2. Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
3. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
4. Presupuesto prestacional con datos completos del prestador, teléfono de contacto y correo electrónico.
5. Inscripción en el registro nacional de prestadores de servicios de atención a favor de las personas con discapacidad, dependiente de la agencia nacional de discapacidad.
6. Constancia de inscripción en AFIP.
7. Constancia de CBU.
8. Consentimiento del tratamiento indicado:
Formulario Discapacidad Instituciones.
Formulario Discapacidad Especialidades (*)

(*) Las prestaciones de rehabilitación con profesionales independientes, en el marco de prestaciones de Apoyo o Módulos de Rehabilitación Integral Simple o Intensivo, se autorizarán a partir de los 3 años de edad del beneficiario. Si el beneficiario es menor de tres años (1 a 3 años), deberá solicitar Módulo de Estimulación Temprana con Institución categorizada para dicha prestación.

c. APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR.

Las instituciones deben encontrarse inscritas en el Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención de las Personas con Discapacidad, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad para las prestaciones terapéutico-educativas y asistenciales (Resolución N° 1328/06-MSalud).

1. Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
2. Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
3. Acta Acuerdo firmada por familiar, responsable/tutor/directivo de la escuela y Prestador.
Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
4. Categorización del Centro.



5. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
6. Presupuesto prestacional con datos completos del prestador, teléfono de contacto y correo electrónico.
7. Constancia de inscripción en AFIP.
8. Constancia de CBU.
9. Consentimiento del tratamiento indicado:
Formulario Discapacidad Instituciones.

d. MAESTRA DE APOYO.

Importante: El médico deberá aclarar en el pedido médico que solicita Maestro de Apoyo.

1. Informe de evaluación inicial: se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.
2. Informe evolutivo de la prestación, en el cual consten: período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
3. Acta Acuerdo firmada por familiar, responsable/tutor/directivo de la escuela y Prestador.
Tanto la constancia como el acta, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo.
4. Plan de abordaje individual, en el cual consten: período, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.
5. Título habilitante (Psicopedagogas, Psicólogas, Profesora de Educación Especial, Licenciada en Ciencias de la Educación) SIN EXCEPCION.
6. Certificado analítico de materias.
7. Presupuesto prestacional con datos completos del prestador, teléfono de contacto y correo electrónico.
8. Constancia de inscripción en AFIP.
9. Constancia de CBU.
10. Consentimiento del tratamiento indicado:
Formulario Discapacidad Especialidades.

e. TRANSPORTE

Importante: El pedido médico de transporte, deberá ser prescripto y fundamentado por el médico tratante, en el cual deberá aportar datos clínicos relevantes, que imposibiliten el traslado gratuito en transporte público de pasajeros.

En caso de solicitar **dependencia** para la prestación de transporte se deberá presentar el informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM), confeccionada por médico tratante o Lic. en Terapia Ocupacional, e incluir en el Diagrama de Traslados los apoyos específicos que se brindarán.



Importante: La dependencia no puede ser solicitada para beneficiarios menores de 6 años.

1. Conformidad del diagrama de traslados firmada por la persona con discapacidad/ familiar/responsable/tutor.
2. Presupuesto de transporte en cual conste diagrama de traslados con indicación de origen y destino de cada viaje, cantidad de km por viaje (conforme el programa de georeferenciamiento utilizado) y cronograma de traslado, firmada por la persona con discapacidad/ familiar responsable/tutor.
3. Mapa del recorrido solicitado (se debe presentar solo el mapa, donde se pueda visualizar: Partida/Destino y cantidad de kilómetros del recorrido).
4. Habilitación actualizada de la empresa que factura y del vehículo que realiza el traslado.
5. VTV del vehículo.
6. Licencia de conducir.
7. Póliza del seguro.
8. Constancia de CUIT.
9. Constancia de CBU.
10. Consentimiento del tratamiento indicado:
 - Formulario Discapacidad Transporte.

PRESTADORES: NORMAS DE FACTURACION.

Mediante la presente les informamos que los valores de las prestaciones medico asistenciales fijados deberán ajustarse a los aranceles vigentes del sistema de prestación de atención integral a favor de las personas con discapacidad. Res. conjunta 12/21 y sus posteriores modificaciones (MS. ANDIS)

Requisitos de la Factura o Recibo.

La facturación debe ser enviada en formato digital (formato JPG y/o PDF) a las siguientes casillas: mpontoriero@aeronavegantes.com y/o areamedica@aeronavegantes.com del 01 al 10 del mes siguiente a la prestación brindada. El archivo deberá nombrarse de la siguiente manera: Apellido del afiliado_Apellido del prestador_mes año. Ejemplo: Garcia_Perez_012022.

Se detalla la documentación del archivo:

- La factura debe ser única por cada prestador y beneficiario.
- Fecha de Emisión: Posterior al mes de prestación.
- Planilla de asistencia mensual en carácter de declaración jurada firmada por el prestador, persona con discapacidad o familiar responsable o tutor.



- Validación de Código de Autorización Electrónico (C.A.E): Se deberá adjuntar a cada factura la Constancia del CAE para lo cual deberá ingresar los datos de la misma en el siguiente link: <https://serviciosweb.afip.gob.ar/genericos/comprobantes/Default.aspx>
- Contenido de la factura:
 - Nombre del beneficiario. No debe incluir más de un beneficiario ni prestación.
 - DNI del beneficiario.
 - Periodo facturado (Mes y Año).
 - Prestación brindada con detalle (debe coincidir con la autorización del médico auditor).
 - Identificar según corresponda: tipo de jornada (simple/doble), especialidad. Cantidad de sesiones por mes, horas. Por ejemplo:
 - En caso de transporte, por cada recorrido especificar km diarios y mensuales, cantidad de viajes, origen y destino.
 - En caso de prestaciones de apoyo especificar la especialidad y cantidad de sesiones u horas mensuales.
 - Indicar el importe unitario y total (no debe exceder el valor autorizado ni debe redondearse).
 - Se deberá consignar con dependencia, cuando el beneficiario revista tal condición.
 - No debe discriminarse el I.V.A. ya que las prestaciones están exentas.

Modalidad de pago de las facturas presentadas.

Cada vez que la Obra Social realice un pago, se enviará el comprobante de transferencia al correo electrónico declarado por el prestador.

Las facturas y recibos deben cumplir con los requisitos detallados en la presente nota.

Una vez recibido el pago, el prestador deberá confeccionar un recibo oficial donde conste la siguiente información:

- **Contenido de recibo de cancelación:**
 - Numero completo de factura cancelada (Punto de Venta-Numero de factura).
 - Importe
 - Fecha de transferencia.
 - Apellido y Nombre del afiliado.
 - Aquellos recibos que sean confeccionados en un talonario impreso, o sea, no digital, deben ser enviados por correo a Bartolomé Mitre 1902, CABA (Res. 360-2022)
 - Aquellos recibos que sean confeccionados en formato digital, o sea no impresos, deberán ser enviados a las siguientes casillas: mpontoriero@aeronavegantes.com y/o areamedica@aeronavegantes.com con firma y sello del prestador.



Discapacidad

Requisitos contables para presentar facturas por integración

- RAZÓN SOCIAL (LA QUE FIGURA EN AFIP)
- CUIT
- SITUACION IVA/INGRESOS BRUTOS
- DIRECCIÓN
- LOCALIDAD/PROVINCIA
- CÓDIGO POSTAL
- TELÉFONO (SI LO TIENEN)
- MAIL
- ACTIVIDAD QUE REALIZA EL PRESTADOR
- CBU



Discapacidad - Especialidades

Plan de tratamiento. Consentimiento

Fecha de Emisión

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre / Razón Social

Domicilio de atención (Calle, Número, Piso, Dpto.)

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido

Nombre

DNI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)

Cantidad de Sesiones

Monto de Sesiones (\$)

Monto Mensual

Período del ciclo lectivo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Hasta

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Días Horarios	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

Observaciones

Firma del Responsable de la Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI

N° de legajo

Firma del beneficiario o representante

Aclaración y DNI

Fecha y Lugar del Consentimiento



Discapacidad - Instituciones

Plan de tratamiento. Consentimiento

Fecha de Emisión

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre / Razón Social

Domicilio de atención (Calle, Número, Piso, Dpto.)

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido

Nombre

DNI

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Prestación/Especialidad (según mecanismo INTEGRACIÓN)

.....

.....

.....

Tipo de jornada (simple o doble) _____ Dependencia (S / N)

Matrícula (\$) _____ Monto Mensual (\$) _____ Categoría _____

Período del ciclo lectivo Hasta

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

Días Horarios	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado
Esp.						
Esp.						
Esp.						
Esp.						

Observaciones

.....

.....

.....

Firma del Responsable de la Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI

N° de legajo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Firma del beneficiario o representante

Aclaración y DNI

Fecha y Lugar del Consentimiento



Discapacidad - Transporte Diagrama de Traslados. Consentimiento

Fecha de Emisión

--	--	--

DATOS DEL PRESTADOR

Nombre / Razón Social

--

Domicilio de atención (Calle, Número, Piso, Dpto.)

--

Código Postal

Localidad

Provincia

Teléfono

--	--	--	--

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido

Nombre

DNI

--	--	--

TRASLADOS

PARTIDAS	DESTINOS	VIAJES/DIA	KM/VIAJE	IMP.(\$)/KM	IMP.(\$)/DIARIO
----------	----------	------------	----------	-------------	-----------------

Monto Mensual (\$) _____ Dependencia (S / N)

Período de Traslados, Desde Hasta

CRONOGRAMA DE TRASLADOS (marcar con una cruz los días de traslado)

Días	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sábado

Observaciones

Firma del Responsable de la Institución

Aclaración

CONSENTIMIENTO

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al

Apellido y Nombre del Beneficiario

DNI

N° de legajo

--	--	--

Firma del beneficiario o representante

Aclaración y DNI

Fecha y Lugar del Consentimiento



ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2023

Fecha

Apellido	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de afiliado	
<input type="text"/>	

Yo.....con Documento Tipo
(.....) N°, 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:



Formulario FIM (Medida de Independencia Funcional)

DATOS DEL BENEFICIARIO

Apellido	Nombre	DNI
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Edad		
<input type="text"/>		

DIAGNÓSTICO

El presente formulario deberá ser completado solo por profesionales médicos, especialistas en rehabilitación y/o neurólogos, en caso de tratarse de patologías motoras puras por un médico especialista en psiquiatría, en caso de patologías mentales. Los datos a completar en este formulario serán cotejados con la Historia Clínica. Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, N° de matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes-



DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

1. Alimentación

Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente e indique qué medidas se han tomado para superar la situación.

.....

.....

.....

.....

2. Aseo personal

Implica lavarse la cara, las manos y los dientes, también peinarse, afeitarse o maquillarse.

Indique asistencia qué grado de asistencia requiere para realizar estas actividades. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

.....

.....

.....

.....

3. Higiene

Implica el aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama.

Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia y el grado de participación del paciente en su aseo personal.

.....

.....

.....

.....

4. Vestido parte superior

Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocarse órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

.....

.....

.....

.....

5. Vestido parte inferior

Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Indique las características de la dependencia para realizar esta actividad.

.....

.....

.....

.....



6. Uso del baño

Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

.....

.....

.....

.....

.....

7. Control de intestinos

Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo: catéteres o dispositivos de ostomía. Indique la frecuencia de las deposiciones.

.....

.....

.....

.....

.....

8. Control de vejiga

Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Indique la frecuencia de las excreciones.

.....

.....

.....

.....

.....

9. Transferencia a la cama, silla, o silla de ruedas

Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Indique el grado de participación del paciente.

.....

.....

.....

.....

.....

10. Transferencia al baño

Implica sentarse y salir del inodoro. Indique el grado de participación del paciente.

.....

.....

.....

.....



11. Transferencia a la ducha o bañera
Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

.....

.....

.....

.....

.....

12. Marcha/silla de ruedas
Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

.....

.....

.....

.....

.....

13. Escaleras
Implica subir o bajar escalones.

.....

.....

.....

.....

.....

14. Comprensión
Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ejemplo: escritura, gestos, signos, etc.

.....

.....

.....

.....

.....

15. Expresión
Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....

.....

.....

.....

.....



TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

A continuación detallamos la escala que deberá utilizar para evaluar el grado de independencia que tiene el paciente.

ESCALA	PUNTAJE
Independiente total	7
Independiente con adaptaciones	6
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% ó más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% o más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% o más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	Autocuidado	
1	Alimentación	
2	Aseo personal	
3	Baño	
4	Vestido parte superior	
5	Vestido parte inferior	
6	Uso del baño	
	Control de esfínteres	
7	Control de intestinos	
8	Control de vejiga	
	Transferencias	
9	Transferencia a la cama, silla o silla de ruedas	
10	Transferencia al baño	
11	Transferencia a la ducha o bañera	
	Locomoción	
12	Marcha o silla de ruedas	
13	Escaleras	
	Comunicación	
14	Comprensión	
15	Expresión	
	Conexión	
16	Interacción social	
17	Resolución de problemas	
18	Memoria	
PUNTAJE FIM TOTAL		

Fecha

--	--	--

FIRMA Y SELLO DEL PRESTADOR:.....

AUDITORIA OSA



Discapacidad

Anexo III - Presupuesto prestacional

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

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.



Discapacidad Presupuesto transporte

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

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

Cronograma de traslado: marcar con una cruz los días de traslado.

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

Adicional dependencia 35% (Sujeto a evaluación): Sí- No

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yo con Documento Tipo (.....) N° doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desde hasta.....

Firma:

Aclaración:

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:



Pedido de medicación

Fecha

Datos del socio

Nombre y Apellido	Nº de Socio	Nº de DNI	Edad
Domicilio	Localidad	Código Postal	
Teléfono ()	Email		

Diagnósticos

Según CUD _____

Otras patologías _____

Resumen de historia clínica

Consignar tiempo de evolución - Detallar antecedentes del paciente, tratamiento indicado con justificación del mismo. Señalar el motivo por el cual se indica cada medicamento. Ej: Carbamazepina para tratamiento de epilepsia.

JURISDICCION	PRESTADORES NOMINA	DOMICILIO	CUIT	TELEFONO	CORREO ELECTRONICO	HORARIO DE ATENCION	PRESTACION	DESAGREGACION
GRAN BUENOS AIRES	Imenic Virgen Niña SRL	COLON 152 - CAMPANA	30707913394	03489-437048	info@imenic.com.ar	Martes y Jueves	Rehabilitacion	Rehabilitacion
GRAN BUENOS AIRES	Centro de Dia San Agustín SRL	Paso de la Patria 45 - EZEIZA	30714606901	3530-3716	centrosanagustin@gmail.com	Lunes a Viernes	Rehabilitacion	Rehabilitacion
GRAN BUENOS AIRES	Centro Integral de Rehabilitación INTEGRA SRL	Chile 899 - ELTALAR	3071507243	4740-9379/15-62421010	administracion@rehabilitacionintegra.com.ar	Lunes a Viernes	Rehabilitacion	Rehabilitacion
GRAN BUENOS AIRES	Longevidad Vital SA	Santiago del Estero 690 - Ingeniero Maschwitz	30715555081		romio@sienes.com.ar	Lunes y Miercoles	Rehabilitacion	Rehabilitacion
GRAN BUENOS AIRES	Centro Psicoterapéutico Bs As	Maipú 4133 - VICENTE LOPEZ	30712040145	4667-4614	cpbas@gmail.com	Lunes a Viernes	Rehabilitacion	Rehabilitacion
GRAN BUENOS AIRES	Moebius	Rivadavia 878 - ESCOBAR	2723567690	0348-4420951	admimoebius@gmail.com	Lunes a Viernes	Rehabilitacion	Rehabilitacion
GRAN BUENOS AIRES	Audiología y lenguaje	RODRIGUEZ PEÑA 288 - BANFIELD	30710904576		presupuestos@audiologialenguaje.com.ar	Lunes a Viernes	Estimulacion Temprana	Estimulacion Temprana
GRAN BUENOS AIRES	Imenic Virgen Niña SRL	COLON 152 - CAMPANA	30707913394	03489-437048	info@imenic.com.ar	Martes y Jueves	Estimulacion Temprana	Estimulacion Temprana
GRAN BUENOS AIRES	WENTEMIL-RAYO LUCIENTE-ASOCIACION	LAS HERAS 387-DOCK SUD BUENOS AIRES	30709126950		wentemil@yahoo.com.ar	LUNES A VIERNES	Centro de dia	Centro de DIA
GRAN BUENOS AIRES	Di Capacidad	VICENTE LOPEZ 91 - MARTINEZ	30714969184	1569154267	contacto@di-capacidad.com	Lunes a Viernes	Centro Educativo Terapeutico	Centro Educativo Terapéutico
GRAN BUENOS AIRES	APANNE	RIVADAVIA 240 - ESCOBAR	30652032660	0348-4424690	apanne@hotmail.com.ar	Lunes a Viernes	Centro Educativo Terapeutico	Centro Educativo Terapéutico
GRAN BUENOS AIRES	Escuela Taller el Sembrador SRL	RIVADAVIA AV. 5533 - CABA	33653202429	4740-4107		Lunes a Viernes	Prestaciones Educativas	Escuela
GRAN BUENOS AIRES	Escuela Especial LA PUERTA DEL SOL	ANGEL D ELIA 4989 -JOSE C PAZ	30660620660	02320-426406	la_puertadelosol@yahoo.com.ar	Lunes a Viernes	Prestaciones Educativas	Escuela
GRAN BUENOS AIRES	Imenic Virgen Niña SRL	COLON 152 - CAMPANA	30707913394	03489-437048	info@imenic.com.ar	Martes y Jueves	Prestaciones Educativas	Escuela
GRAN BUENOS AIRES	C.I.P.A.E.I.J. S.A.	JACINTO ROSSO 767-TEMPERLEY BUENOS AIRES	30708723084		administracion@lacasadejuanita.com.ar	LUNES A VIERNES	Prestaciones Educativas	Escuela
GRAN BUENOS AIRES	CARLOS ALBERTO DRAG Y GUSTAVO FABIAN DRAG	JUAN B. ALBERDI 1641-OLIVOS, BUENOS AIRES	30616135429		area.aprendizaje@gmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones Educativas	Escuela
GRAN BUENOS AIRES	Creedimientos de Jack Iván	Colect.Acc. Norte - 12 de Octubre esq. La Tijereta	20396245044	0230-4663032	creedimientos.integracion@gmail.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Apoyo a la Integracion Escolar
GRAN BUENOS AIRES	Devenires de Francisco Jesus Gonzalez	ESTRADA 871 Piso:PB Dpto:F - ESCOBAR	20340438958	11-54651948	deveniresequipoterapeutico@gmail.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Apoyo a la Integracion Escolar
GRAN BUENOS AIRES	Laberintos	CESAR DIAZ 669 Dpto:2 - ESCOBAR	27334790962		administracion@laberintos.com.ar	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Apoyo a la Integracion Escolar
GRAN BUENOS AIRES	Martinez Marian Beatriz, Dame tu Mano	CONSTANZO 174 - MONTE GRANDE	27200252476	11-60610565	dametumano2012@yahoo.com.ar	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Apoyo a la Integracion Escolar
GRAN BUENOS AIRES	Noesis de Maria Alejandra Junqueira	BELGRANO AV. 2738 Piso:PB Dpto:A	27227076270	4943-1961 / 15-60465162	centronoesis@gmail.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Apoyo a la Integracion Escolar
GRAN BUENOS AIRES	Di Capacidad	VICENTE LOPEZ 91 - MARTINEZ	30714969184	1569154267	contacto@di-capacidad.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Apoyo a la Integracion Escolar
GRAN BUENOS AIRES	Escuela Especial LA PUERTA DEL SOL	ANGEL D ELIA 4989 -JOSE C PAZ	30660620660	02320-426406	la_puertadelosol@yahoo.com.ar	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Apoyo a la Integracion Escolar
GRAN BUENOS AIRES	Centro Psicoterapéutico Bs As	Maipú 4133 - VICENTE LOPEZ	30712040145	4667-4614	cpbas@gmail.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Apoyo a la Integracion Escolar
GRAN BUENOS AIRES	Moebius	Rivadavia 878 - ESCOBAR	27235676900	0348-4420951	admimoebius@gmail.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Apoyo a la Integracion Escolar
GRAN BUENOS AIRES	ADAP SRL	JOSÉ MARMOL 1583 5 B -FLORIDA, BUENOS AIRES	30715015095	4631-1039	disecapacidad.adap@gmail.com	LUNES A VIERNES	Servicio de apoyo a la integracion escolar	APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR
GRAN BUENOS AIRES	C.I.R.I. - CENTRO INTEGRAL DE REHAB. INFANTIL	BELGRANO 606-RAMOS MEJIA, BUENOS AIRES	30713516607	4656-5675	administracion@cencrocri.com	LUNES A VIERNES	Servicio de apoyo a la integracion escolar	APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR
GRAN BUENOS AIRES	CENTRO INTEGRADO ARCO IRIS S.R.L.	LENADRO N ALEM 2145-MUNRO BUENOS AIRES	30712404007		admcentrorcoiris@gmail.com	LUNES A VIERNES	Servicio de apoyo a la integracion escolar	APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR
GRAN BUENOS AIRES	GAROFALO MARIA LEANDRA Y PI JIMENA	LARUMBE 230-MARTINEZ, BUENOS AIRES	30696592329		administracion.cf@lucero.edu.ar	LUNES A VIERNES	Servicio de apoyo a la integracion escolar	APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR
GRAN BUENOS AIRES	MONLEZUM MONICA Y CHIAPPA DIANA S.H. - ALITO	3 DE FEBRERO-MAR DEL PLATA, BUENOS AIRES	30685620452		escuelaespecialalito@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Servicio de apoyo a la integracion escolar	APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR
GRAN BUENOS AIRES	Estevez Otero Diana	AV SANTA FE 3124 - CABA	27185417536	15-50358357	dianaevezevotero@fibertel.com.ar	Miercoles y Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
GRAN BUENOS AIRES	Marquez Maria Fabiana	LAPRIDA 46 -SAN ISIDRO	27168444317		fabianamarquez1@hotmail.com	Martes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
GRAN BUENOS AIRES	Gabriele Natalia Veronica	MERONO 592 - INGENIERO MASCHWITZ	27300791366	03484-540053	nataliaveronicagabriele@gmail.com	Lunes, Martes y Miercoles	Prestaciones de Apoyo	Kinesiologia
GRAN BUENOS AIRES	Rago Soledad Maria	LOS FUNDADORES 60 - NORDELTA	27279348872		soledad.rago@gmail.com	Lunes y Miercoles	Prestaciones de Apoyo	Kinesiologia
GRAN BUENOS AIRES	Hernandez Yanina	BRAMANTE 1324 - SAN MIGUEL	23342507654	15-59536997	yanihernandez1@gmail.com	Viernes	Prestaciones de Apoyo	Musioterapia
GRAN BUENOS AIRES	Lovotti Mirna Evelin	OFFICE PARK KM 42,5-PILAR	27245639363		musiquitadecolores@hotmail.com	Martes	Prestaciones de Apoyo	Musioterapia
GRAN BUENOS AIRES	Cortez Gisela	OFFICE PARK KM 42,5-PILAR	23339104794	15-67205455	gisela.c.l@hotmail.com	Martes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	Cueva Lucas	MORENO 438 -CAMPANA	20286720774	11-59318953		Martes y Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	Juarez Walter Luis	ALEM 1868 - SAN MIGUEL	23237743199	15-57556325	juarluis@hotmail.com	Martes y Jueves	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	Reale Mariana Laura	URUGUAY 938 - MORON	27290328891	15-57606488	marianareale@gmail.com	Lunes, Miercoles y Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	Romero Rocio	LARREA 1164 - ZARATE	27392860997		rooromero39@gmail.com	Lunes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	Serra Julieta	MORENO 438 -CAMPANA	27364936945	03489-15596064	julyserra203@gmail.com	Martes y Jueves	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	Strilchuk Natalia	D. SAVIO 3032 - SAN ISIDRO	27305259050	15-35822960	nataliastril@yahoo.com.ar	Jueves	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	Videle Elizabeth	YRIGOYEN 695 - PILAR	27278192356		elizabeth_videle@hotmail.com	Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	Gomez Sandra	MORENO 438 -CAMPANA	27253558208	03489-636844	sandragomezcampana@gmail.com	Jueves y Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicomotricidad
GRAN BUENOS AIRES	Sotelo Ludmila	LARREA 1164 - ZARATE	27344814509		ludmisote2@hotmail.com	Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicomotricidad
GRAN BUENOS AIRES	Almaraz Roxana	PIÑERO 869 - BELLA VISTA	27241037245	15-40972462	almarazro@hotmail.com	Lunes y Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
GRAN BUENOS AIRES	Papazian Patricia Alejandra	EL MIRASOL 1 22 - VILLA ROSA	27282165460		patri.papazian@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
GRAN BUENOS AIRES	Ratto Delfina	LARREA 1164 - ZARATE	2738832994	03489-15657522	ratto.delfi@gmail.com	Martes y Jueves	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
GRAN BUENOS AIRES	ALEM 1868 - SAN MIGUEL	ALEM 1868 - SAN MIGUEL	27300413531	15-65469405	torres_telma@yahoo.com.ar	Lunes y Miercoles	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
GRAN BUENOS AIRES	Torres Telma Zulema	URUGUAY 938 - MORON	27281576572	15-68085448	tomarianacardoza@gmail.com	Martes, Jueves y Sabados	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
GRAN BUENOS AIRES	Cardozo Mariana	SARMIENTO 463 - SAN ANTONIO DE ARECO	27280779380		sabri80er2014@gmail.com	Martes y Jueves	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
GRAN BUENOS AIRES	Heredia Sabrina	USPALLATA 2288 - BECCAR	27386182170	15-61389926	solhorton94@gmail.com	Miercoles	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
GRAN BUENOS AIRES	Horton Sol	OFFICE PARK KM 42,5-PILAR	27331218516	15-67851228	lorelizoro@gmail.com	Lunes y Miercoles	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
GRAN BUENOS AIRES	Lizoro Lorena	AMENABAR 3220-CABA	27352702892	15-30699172	marinchiarahotmail.com	Miercoles y Jueves	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
GRAN BUENOS AIRES	Marin Bernardino Chiara	ALEM 1868 - SAN MIGUEL	27255154880		villafsonia@gmail.com	Martes y Jueves	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
GRAN BUENOS AIRES	Villafañe Sonia Patricia	ALEM 1868 - SAN MIGUEL	27255154880		villafsonia@gmail.com	Martes y Jueves	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
GRAN BUENOS AIRES	AVENDAÑO TATIANA MAILEN	Yerbal 313, Ramos Mejia	27339354745		tatiana.avendano88@gmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	TERAPIA OCUPACIONAL
GRAN BUENOS AIRES	BUZZANO LORENA	BUSTILLO 629-EL PALOMAR, BUENOS AIRES	27237015431	153-356-0502	lorenabuzzano@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	CABANA MAGDALENA IRIEL	Calle 14 1119, City Bell	272321090120		magdalenacabana@hotmail.com.ar	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	TERAPIA OCUPACIONAL
GRAN BUENOS AIRES	CAMPOLieto LAURA DANIELA	AZCUEÑAGA 2735-MAR DEL PLATA NORTE, BUENOS AIRES	27249696264		danielacampolieto@yahoo.com.ar	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	CABANA	PEDRO MORAN 4038-CABA	27131332756	154-164-4673	cristinaechalen@gmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	CRISTINA ELISABET CHALEN	PEDRO MORAN 4038-CABA	27131332756	154-164-4673	cristinaechalen@gmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	FIGUEROA NATALIA ELIZABETH	IJUNIN 840-SAN FERNANDO, BUENOS AIRES	27291288702		psico_tratar@yahoo.com.ar	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
GRAN BUENOS AIRES	FRERE MARIA VERONICA	PEDRO GOYENIA 2411-OLIVOS BUENOS AIRES	27181604137	156-353-9522	veronicafreere@yahoo.com.ar	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	TERAPIA OCUPACIONAL
GRAN BUENOS AIRES	FUNDARO CARINA ALEJANDRA	GDOR. IRIGOYEN 105, LANUS BUENOS AIRES	27220053437		carinafundaro@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	FONOAUDIOLOGIA
GRAN BUENOS AIRES	GANDERATZ ALICIA ANAHI	Mitre 3172, Mar del Plata	27239974967		aganderatz@yahoo.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	TERAPIA OCUPACIONAL
GRAN BUENOS AIRES	GARCIA MARIA CARLA	POSADAS 2503-LANUS BUENOS AIRES	27310267339		mcarla_2002@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	FONOAUDIOLOGIA
GRAN BUENOS AIRES	GOMEZ DE SARAVIA MARIA SOLEDAD	Calle 17 1893, La Plata	27307280626		soleags@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	FONOAUDIOLOGIA
GRAN BUENOS AIRES	CABA	Av. Callao 1046, Piso 1, Dpto A, CABA	20262014879		patogrondonga@gmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	GRONDONA PATRICIO MARIA	Av. Callao 1046, Piso 1, Dpto A, CABA	20262014879		patogrondonga@gmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	LABARCA MARIA BELEN	Moreno 2254, Piso 4 Dpto O, Mar del Plata	27339178432		mblabarca@gmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	TERAPIA OCUPACIONAL
GRAN BUENOS AIRES	LEANDRO ALBERTO SAAVEDRA	FORMOSA 3250-CUIDAD JARDIN LOMAS DEL PALOMAR, BS.AS	20303876694		leansav@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	LEGUIZAMON NATALIA VANESA	BERMEJO 1669-VILLA BALLESTER BUENOS AIRES	23317253664		narchu07@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
GRAN BUENOS AIRES	LO GIOCO NATALIA	ENTRE RIOS 2155-MARTINEZ BUENOS AIRES	27303675510		crecermatas@yahoo.com.ar	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	TERAPIA OCUPACIONAL
GRAN BUENOS AIRES	LORENA F. LANCHI	MIRO 2534- VILLA LUZURIGA BUENOS AIRES	27242117307	156-605-4391	lorenafernandalancha@yahoo.com.ar	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
GRAN BUENOS AIRES	LUCHETTI DANIELA EDA	CASTEX 954-MAR DEL PLATA SUR BUENOS AIRES	27343139522		luchetti_daniela@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia


GRAN BUENOS AIRES	MANETTI NATALIA PAOLA	BALCARCE 6943-MAR DEL PLATA NORTE, BUENOS AIRES	27301473562		mane_natalia@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	FONOAUDIOLOGIA
CABA	MARIA EUGENIA MARTINEZ	MELINCE 3836-CABA	27226559030	153-238-1192	eugesg@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	MUSICOTERAPIA
GRAN BUENOS AIRES	MARIA EUGENIA MORRONE	JOSE MURIAS 2124-CASEROS BUENOS AIRES	23253502924	154-415-3079	meugeniamorrone@yahoo.com.ar	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
GRAN BUENOS AIRES	MARTINEZ LOURDES BIBIANA	SAN LUIS 1830-MAR DEL PLATA NORTE BUENOS AIRES	27183460175		lourdesbibianamartinez@yahoo.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
GRAN BUENOS AIRES	PAULA ELENA THIBAUD	PARAGUAY 2438-BURZACO BUENOS AIRES	23316047084		paulathibaud@gmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
GRAN BUENOS AIRES	PUGGIONI FERNANDA	TUCUMAN 2244-OLIVOS BUENOS AIRES	27343141950		fernandapuggioni@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	FONOAUDIOLOGIA
GRAN BUENOS AIRES	ROMERO MARCELA MONICA	Av. San Martin 1849, Piso 3, Florida	27179456147		crecermatas@yahoo.com.ar	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	FONOAUDIOLOGIA
GRAN BUENOS AIRES	SILVANA C. PIAZZA	AV. SAN MARTIN 1849-FLORIDA, BUENOS AIRES	27177400519	156-515-6118	silvanaclaudia20@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	FONOAUDIOLOGIA
GRAN BUENOS AIRES	SOSA NADIA SOLEDAD	MIRO 2534- VILLA LUZURIAGA BUENOS AIRES	27266600866		lic.nadiasoledad@yahoo.com.ar	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicología
GRAN BUENOS AIRES	VICTORIANO ARIAS ANA MARIA	JOSE INGENIEROS 6470-GARAPACHAY BUENOS AIRES	27253101674		avictoriano.96@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	TERAPIA_OCUPACIONAL
CABA	WITTMANN PAMELA SOLANGE	INGLATERRA PJE. 3165- CABA	27319352797		pamelawittmann33@gmail.com	LUNES A VIERNES	Prestaciones de Apoyo	Psicología
GRAN BUENOS AIRES	JUANES LEOPOLDO GABRIEL	TIERRA DEL FUEGO 1955-MAR DEL PLATA NORTE BUENOS AIRES	20269011700		anitajuanes@outlook.com	LUNES A VIERNES	Transporte	TRANSPORTE
GRAN BUENOS AIRES	MACCHI HERNAN FEDERICO	FAY JULIAN LAGOS 2162-LANUS BUENOS AIRES	20325657392		diadentrenamiento@hotmail.com	LUNES A VIERNES	Transporte	TRANSPORTE
GRAN BUENOS AIRES	REMISES MAIPU	SAN LUIS 2133, MAR DEL PLATA NORTE, BUENOS AIRES	20128355201		info@remisesmaipu.com.ar	LUNES A VIERNES	Transporte	TRANSPORTE
SANTA FE	Grupo Incluir SRL	Zeballos 1941. Rosario	30716152584	341-156796476	contacto@centroyun.com.ar	Lunes a Viernes	Rehabilitacion	Rehabilitacion
SANTA FE	Servicios de Rehabilitacion Rosario SRL	Av. Pellegrini 541. Rosario	30714134368	341-154813624	coordinacion@mitairosario.com.ar	Lunes a Viernes	Estimulacion temprana	Estimulacion temprana
SANTA FE	Instituto de integraciones escolares Aquarela SRL	Urquiza 1821. Santa Fe	30715611852	341-4258949/153140321	sieaquarela@hotmail.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Servicio de apoyo a la integracion escolar
SANTA FE	Ferrari Carina Leonor (EDUTECA)	Ingeniero Mosconi 1358. Villa Gobernador Galvez	33263189914	341-155453243	edutecavgg@gmail.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Servicio de apoyo a la integracion escolar
SANTA FE	ti Formentin Sociedad de Capitulo I seccion IV ley 1955	Bernardino Rivadavia 1144. Perez	30715507133	341-154958467	abcsopaciaterapeutico@hotmail.com.ar	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Servicio de apoyo a la integracion escolar
SANTA FE	Rodriguez Natalia Soledad (Encuentros)	Gaboto 390. Rosario	27348201269	341-152433730	rodriguez_natalia@hotmail.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Servicio de apoyo a la integracion escolar
SANTA FE	CET con Integracion "El Camino SRL"	Pueyrredon 5635. Rosario	30716367084	341-156417847	info@elcaminorosario.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Servicio de apoyo a la integracion escolar
SANTA FE	La Casa del Sol Naciente S.A	Sanchez de Bustamante 151. Rosario	30624243818	341-154637005	info@casasolnaciente.com.ar	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Servicio de apoyo a la integracion escolar
SANTA FE	La Ronda Aite S.R.L	Catamarca 2870. Rosario	33712537359	341-154399126	laronda-aite@hotmail.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Servicio de apoyo a la integracion escolar
SANTA FE	la. Florencia Daoulati y Federico A. Ledesma (FLORECE)	Sarmiento 4105. Rosario	30715697838	341-155023091	ultoriosflorece@gmail.com; mdflorencia@hotmail.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Servicio de apoyo a la integracion escolar
SANTA FE	Instituto de Pedagogia Clinica de Rosario S.R.L.	9 de Julio 3672. Rosario	33715532609	341-156762666	ipcr1@outlook.com	Lunes a Viernes	Servicio de apoyo a la integracion escolar	Servicio de apoyo a la integracion escolar
SANTA FE	Levrand Luz Ayelen	Mitre 3537. Rosario	27328020624	341-153373579	liclevrand@hotmail.com	Lunes a Viernes	Maestra de Apoyo	Maestra de Apoyo
SANTA FE	Gonzalez Maria Jimena	Sarmiento 704. Rosario	27324247404	341-155999171	lizmigonzalez@hotmail.com.ar	Lunes a Viernes	Maestra de Apoyo	Maestra de Apoyo
SANTA FE	Arruabarrena Maria Victoria	Urquiza 3453. Rosario	27356480851	3382-448398	vickyarruabarrena14@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Botta Luciana Paola	Avellaneda 1964. Villa Gobernador Galvez	27301064565	341-155079092	luciana-botta@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Bürkle Celeste Maia	Pasaje Bogado 1546. Rosario	27302562887	341-154349823	burkieceleste@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Chamorro Silvia Noemi	Ovidio Lagos 1638. Rosario	27128236029	341-156239910	snchamorro@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Lattanzio Laura Beatriz	Pueyrredon 5635. Rosario	27203852393	341-156417847	bea_fono@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Martinez Maria Laura	Maipu 2286. Rosario	27295269354	341-155328509	lalita788@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Bastide Claudia	Urquiza 2041. Rosario	27218787989	341-153609234	lic.claudiabastide@live.com.ar	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Ferrero Carolina Maria	San Juan 2395. Rosario	27281466955	341-153374195	caromferrero@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Meinardi Antonella	Avellaneda 1964. Villa Gobernador Galvez	27374521506	3492-15208999	meinardiantonella@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Bichere Ana Paula	Santa Fe 1831. Rosario	27303902290	341-156753760	anapaula_183@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Baroni Barbara	Bahia Blanca 260. Rosario	27280885091	341-155987974	barbarabaroni@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Canossa Cecilia Lucrecia	Ovidio Lagos 1483. Rosario	27293119134	341-156290019	ceciliacanossa@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Flores Adriana	Libertad 1377. Villa Gobernador Galvez	27125007517	341-156957957	adrianafloresfono@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Espinosa Viviana	Juan B. Justo 2187. Villa Gobernador Galvez		341-156417509	vivianaespinosa_55@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Apesato Daniela M.	Avellaneda 1964. Villa Gobernador Galvez	27223474107	341-155820321	danielaapesato@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Savone Aneley C.	San Martin 2054. Rosario	27374498733	341-153245279	aneleysavone@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Burkle Celeste Maia	Pasaje Bogado 1546. Rosario	27302562887	341-154349823	burkieceleste@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Nigro Pamela Jessica	Mitre 3537. Rosario	27344082397	341-153452682	pamenigro@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Perona Laura Natalia	Marcos Lenzonei 1130. Rosario	27321053020	341-155619240	lperona@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Cicchitti Virginia	Constitucion 414. Rosario	27253689469	341-155859090	virginiacicchitti@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Pogliano Leticia	Catamarca 2870. Rosario	27259420119	341-156880820	lpogliano@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Lazzarini Maria Celina	Rivadavia 1144. Pérez	27175798388	341-156424034	macellazz@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Gorostiaga Leticia	Gaboto 390. Rosario	27345577845	341-156615698	letigoros@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
SANTA FE	Longo Luciana Andrea	Urquiza 2041, Villa Gobernador Galvez	23304849274	341-153754827	lucianalongo@hotmail.com.ar	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	kinesiologia
SANTA FE	Da Silva Julietta	Florida 55. Rosario	27313636092	341-153519017	licidasilva@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	kinesiologia
SANTA FE	Izquierdo Carla	Bogado 1546. Rosario	27226983509	341-153274091	carlaivaizquierdo@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	kinesiologia
SANTA FE	Curto Maria Laura	Marcos Lenzonei 1130. Rosario	27220016361	341-156483604	mlaura_curto@yahoo.com.ar	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	kinesiologia
SANTA FE	Martinez Leylen Maria	Ovidio Lagos 1233. Rosario	27333183159	343-154608443	leylenmaria@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Musicoterapia
SANTA FE	Bertoldo Carolina Andrea	Ingeniero Mosconi 1358. Villa Gobernador Galvez	27354705600	341-155453213	carobertoldo@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Colombini Carina Andrea	Urquiza 3453. Rosario	27299015586	341-153548234	carinacolombinipsi@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Cagliani Alejandra Soledad	Avellaneda 1964. Villa Gobernador Galvez	27337222558	341-156640421	alejandra.cagliani1988@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Lujan Georgina Marina	Pasaje Bogado 1546. Rosario	27357034618	341-153233530	geor.lujan@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Cardaci Antonella	Ovidio Lagos 1233. Rosario	27348894337	341-156148941	cardaciantonella@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Bosachy Marina Rosana	Pueyrredon 5635. Rosario	2730045303	341-152014823	marinabosachy@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Mansilla Natalia R.	Maipu 2286. Rosario	27299022485	341-156951468	nmansill@live.com.ar	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Sposatto Mariangeles	Urquiza 2041. Villa Gobernador Galvez	27281301727	341-155550306	sposattomariangeles@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Bonella Sabrina Paola	San Juan 2395. Rosario	23289293434	341-155491857	sabrinabonella@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Caramuto Andreina	Avellaneda 1964. Villa Gobernador Galvez	27377153079	341-156948619	caramutoandreina@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Melfi Hector Hugo	Callao 1386. Rosario	20125232869	341-156082224	hugomelfi@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Garcia Maria Isabela	Rodriguez 1123. Rosario	27349372008	341-153131284	mg.isabela@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Fernandez Gabriela	Ovidio Lagos 1483. Rosario		341-153198619	gabifer69@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Maggioni Patricia	Ingeniero Mosconi 1358. Villa Gobernador Galvez	27228334850	341-3187540	carobertoldo@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Di Pego Andrea	Juan B. Justo 2187. Villa Gobernador Galvez	27201415719	341-156191186	m_andreadipego@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Garavano Andrea Rocio	Avellaneda 1964. Villa Gobernador Galvez	27280972555	341-155143488	andrearavano@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Anselmi Delfina	San Martin 2054. Rosario	27332794588	341-153063735	delfianselmi@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Grigera Gisel Ximena	Mitre 3537. Rosario	27344766113	341-152167065	giselgrigera@outlook.es;gigrigera@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	De Vivo Lucia	Urquiza 2133. Rosario	27377972274	341-153132260	l.de.vivo@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología
SANTA FE	Calabretta Yamila Paola	Marcos Lenzonei 1130. Rosario	23291255264	341-155851585	yamicalabretta@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicología

SANTA FE	Gallieni Yanina Belen	Pedro Lino Funes. Rosario	27317903311	341-156583515	yaninagallieni@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
SANTA FE	Pautasso Marina	Catamarca 2870. Rosario	27351282040	341-155860576	marina.pautasso@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
SANTA FE	Formentin Anahi	Rivadavia 1144. Pérez	27276439575	341-156215474	formentinanahi@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
SANTA FE	Bonfiglio Daniela	Gaboto 390. Rosario	27352220367	341-153002401	bonfigliodaniela@live.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
SANTA FE	Gallimo Luciana Soledad	Avellaneda 1964. Villa Gobernador Galvez	27372993907	341-153162403	lugallimo@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Ghiglione Vanina Gilda	Bogado 1546. Rosario	23242825624	341-153164009	vanina266@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Pautasso Jeremy Irma	Pueyrredon 5635. Rosario	27352594496	346-154681943	jeremy.psicopedagogia@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Leoni Natalia Andrea	Maipu 2286. Rosario	27276368236	341-156150520	natalialeoni85@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Giachetti Estefania	Cordoba 2846. Rosario	27328010912	341-153752572	estefaniagiachetti@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Barraque Cecilia Evelyn	Ovidio Lagos 1483. Rosario	27357919245	2474-15686601	cecilia_barraque@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Lamas Anahi	San Martin 2054. Rosario	27325084494	341-153120782	anahi_l@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Fajardo Salazar Marcia	Bogado 1546. Rosario	27941409992	341-156518686	marcialorenafajardo@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Peralta Natalia Soledad	Mitre 3537. Rosario	27336860674	341-153537815	natalia-peralta@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Biscotti Marina A.	Entre Rios 2034. Rosario		341-155499462	biscottimarina@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Di Giacomo Julieta	Marcos Lenzoni 1130. Rosario	27317192024	341-154386895	julieta_digiacomo@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Arreseygor Marcia B	Catamarca 2870. Rosario	27346052614	341-152636837	marciarreseygor@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Tomino Jessica Natali	Rivadavia 1144. Pérez	27366073472	341-153763045	lic_jesicatomino@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Echenique Maria de los Angeles	Gaboto 390. Rosario	27329627328	341-152172597	angelesechenique@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
SANTA FE	Iparraquirre Corina	Urquiza 3453. Rosario	27384290456	3388-15437329	iparraquirre.cor@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Ramirez Luclana Paola	Avellaneda 1964. Villa Gobernador Galvez	27304588530	341-156816020	luclanaramirez13@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Ramos Ana Laura	Bogado 1546. Rosario	27376808047	341-156573043	laurana.ramos@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Di Marco Camila	Ovidio Lagos 1233. Rosario	27494613706	3464-15509781	camidimarco@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Poggetti Rosana Andrea	Maipu 2286. Rosario	27229554110	341-155427004	rosanapoggetti@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Lalli Ornella Sofia	Urquiza 2041. Villa Gobernador Galvez	23393698713	341-153316518	orne_084@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Varela Maria Rita	San Juan 2395. Rosario	23308088154	341-153241297	mrwarela11006@live.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Garea Flavia	Mendoza 3668. Rosario.	27360034122	336-154688129	gareafllavia@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Ayala Daiana Belen	Marcos Lenzoni 1130. Rosario	27366590973	341-153424428	daianaayala01@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Ramirez Adriana Lujan	Constitucion 414. Rosario	27184190139	341-156543245	ramirez.adri@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Abraham Florencia	Catamarca 2870. Rosario	27389056451	341-15439126	florabrahamsie@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	Orue Tamara	Ingeniero Mosconi 1358. Villa Gobernador Galvez	27946995644	346-155652469	totamaraorue@gmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
SANTA FE	M & A Servicios Asistenciales SRL	Arijon 124 bis. Rosario	30709205699	341-154652017	tamer@hotmail.com; marianalopez21282@hotmail.com	Permanente	Hogar Residencia	Hogar Residencia
SANTA FE	Jerez Ruben Rodolfo (Transporte Especial Ruben)	Pasaje Casa Blanca 806. Rosario	20132441988	341-155012005	rubench157@hotmail.com	Lunes a Viernes	Transporte	Transporte
MISIONES	Deppliano Carlos Alberto	Mitre 1651, Posadas	20077064738	3762-428478		Lunes a Viernes	Rehabilitacion	Rehabilitacion
MISIONES	Nona Morocho	Tucuman 2256, Posadas	30715664743	3764424128	imerehabilitacion@gmail.com	Lunes a viernes	Rehabilitacion	Rehabilitacion
MISIONES	Centro Taity	Pedernera 1747, Posadas	30715855751	3764655836	centrotaity@gmail.com	lunes y Martes	Estimulacion temprana	Estimulacion temprana
MISIONES	Fundacion Aprender y Crecer	CORONEL ALVAREZ 2785, posadas	30716296594	3764667466	faprenderycrecer@gmail.com	Lunes a Viernes	Centro Educativo Terapeutico	Centro Educativo Terapeutico
MISIONES	Centro Cefap	Av. Bartolomé Mitre 1619, Posadas	30715071203	37644437837/3764-438834	cefap@centrocefap.com.ar	Lunes a Viernes	Centro Educativo Terapeutico	Centro Educativo Terapeutico
MISIONES	Fundacion Ser	Av. Rademacher 3536, Posadas	27166957597	376-4428276	fundacionser@live.com.ar	Lunes a Viernes	Prestaciones Educativas	Escuela
MISIONES	Weis Andrea Paola	Villa Longa, Garupa	27271339254	3764112963	casmiael@hotmail.com	Lunes a Viernes	Maestra de Apoyo	Maestra de Apoyo
MISIONES	Flores Cecilia Belen	San Marcos 5116, Posadas	27364114279	3764-653791	cecil.flores91@gmail.com	Lunes a Viernes	Maestra de Apoyo	Maestra de Apoyo
MISIONES	Barrios Alejandra del Carmen	Av. Chacabuco 2524, Posadas	27375943285	3794-527265	alebarrs15@gmail.com	Lunes a Viernes	Maestra de Apoyo	Maestra De Apoyo
MISIONES	Mallmann Sabrina Belen	ch 183 nº 1398, Posadas	27401949378	3765-227614	sabrimallmann.15@gmail.com	Lunes a viernes	Maestra de Apoyo	Maestra De Apoyo
MISIONES	Marquez Veronica Belen	Francia 2031, Posadas	27375904794	3764-158014	verito.marquez27@gmail.com	Lunes a viernes	Maestra de Apoyo	Maestra De Apoyo
MISIONES	Quintana Valeria Nahime	580 viv, Garupa	27357471333	3765-017817	nahimequintana@gmail.com	Lunes a viernes	Maestra de Apoyo	Maestra De Apoyo
MISIONES	Espinola Martha Beatriz	San Luis 1345, Posadas	27121188355	3764-432185	cener2015@gmail.com	Lunes a viernes	Maestra de Apoyo	Maestra De Apoyo
MISIONES	CE.F.A.P. SRL	Av. Mitre 1619, Posadas	30715071203	37644437837	cefap@centrocefap.com.ar	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
MISIONES	CE.F.A.P. SRL	Av. Mitre 1619, Posadas	30715071203	37644437837	cefap@centrocefap.com.ar	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
MISIONES	Silva Nancy	Cordoba 1471, Posadas	27291389371	3764336579	nancysilva@yahoo.com.ar	Lunes, Miercoles y Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
MISIONES	Cerdan Lorena Beatriz	Alemania 1554, Posadas	27280179960	3764625596	lic.lorenacerdan@gmail.com	Martes, jueves y viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
MISIONES	Lopez Claudia Carina de los Angeles	Av. Tambor de Tacuari 4685, Posadas	27230997433	3764-625707	claucari06@hotmail.com	Lunes a Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
MISIONES	Diaz Cecilia Vanesa	Alvear 2181, Posadas	23283914089	3764-330113	cvd98@hotmail.com	Martes, miercoles y Jueves	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
MISIONES	Heiduk Romina Anabel	Av. Lopez y Planes 4877, Posadas	27344512081	3764-896911	rominaheiduk@gmail.com	Martes y Jueves	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
MISIONES	Urbietta Maria Noel	Av. San Martin 1549, Posadas	27306196028	3764-603384	noeurbieta@hotmail.com	Lunes, Miercoles y Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
MISIONES	Martinez Maria Fe	Villa Blosset, Posadas	27296719698	3765-229501	lic.femartinez@gmail.com	Lunes, Miercoles y Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
MISIONES	Serafin Florencia Maria	Cordoba 1677, Posadas	27364120880	3764-929322	flopiserafin@hotmail.com	Martes, jueves y viernes	Prestaciones de Apoyo	Fonoaudiologia
MISIONES	Lengert Lidia Noemi	Roque Perez 1615, Posadas	27258126322	3764-220015	lidialengert@hotmail.com	Martes, miercoles y Jueves	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
MISIONES	Paredes Rosa del Valle	Av. San Martin 1549, Posadas	23237495004	3764-543961	roparedes33@yahoo.com	Miercoles y Viernes	Prestaciones de Apoyo	Terapia Ocupacional
MISIONES	Koniecki Yamila Andrea	Rene Favalaro 3155, Posadas	27337357453	3754-460561	yamilaakoniecki@gmail.com	ines, martes, miercoles y jueves	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
MISIONES	Saenz Estefania Noelia	calle 158 nº 3740, Posadas	27268471222	3764-642957	estefania_saenz@hotmail.com	Miercoles y viernes	Prestaciones de Apoyo	Kinesiologia
MISIONES	Alegre Florencia Maria del Mar	ch 113, Posadas	27344487915	3764-882738	florenciaalegrec@gmail.com	lunes, martes, jueves y viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicologia
MISIONES	Tiozzo Marcela Sabina	Cordoba 2454, Posadas	20303621348	3764-232920	marcetiizzo@hotmail.com	artes, miercoles, jueves y viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
MISIONES	Bandeira Maria Agustina	Maipu 1667, Posadas	27364080714	3764-432185	agus.bandeira54@gmail.com	Miercoles y Viernes	Prestaciones de Apoyo	Psicopedagogia
MISIONES	Silvero Roberto	Mexico 1000, Garupa	20133437008	3764312480	silveroroberto@hotmail.com	Lunes a Viernes	Transporte	Transporte
MISIONES	Sanabria Jorge Ariel Cesar	ch 230, posadas	20240237440	3764-680577	sanabriajorgearielcesar@hotmail.com	Lunes a viernes	Transporte	Transporte



TELEFONOS

IMPORTANTES

Superintendencia de Servicios de Salud Roque Sáenz Peña 530 Ciudad Autónoma de Buenos Aires Código Postal C1035AAN República Argentina Teléfono (011) 4344-2800 Línea gratuita 0800-222-72583 (SALUD) Horario de Atención 10.00 a 16.00 horas.	Ministerio de Salud y Desarrollo Social Dra. Carla Vizzotti Superintendente de Servicios de Salud Dr. Daniel Alejandro López Presidente de la Nación Dr. Alberto Fernandez	 Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación
--	--	--

La Superintendencia de Servicios de Salud, tiene habilitado un servicio telefónico gratuito para recibir desde cualquier punto del país, consultas, reclamos o denuncias sobre irregularidades de la operatoria de traspasos. El mismo se encuentra habilitado de lunes a viernes de 10.00hs a 17.00hs, llamando al 0800-222-72583.