

ANEXO IV

PROCEDIMIENTOS

Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley N° 24.901, que instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto reglamentario, en el marco del Nomenclador de Prestaciones básicas para personas con discapacidad según lo establecido por resolución N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

OBJETIVO

El presente manual tiene como objetivo enunciar todos los pasos necesarios para iniciar un expediente por discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindar una cobertura integral, accesible e igualitaria para nuestros beneficiarios y usuarios con discapacidad.

PRESTACIONES QUE SE TRAMITAN POR EL DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD

(Conforme a Resolución SSSalud 1511/12; 444/14; 9043/16 y 1731/21)

PRESTACIONES AMBULATORIAS:

- **PRESTACION DE APOYO**
- **REHABILITACION MODULO INTEGRAL INTENSIVO**
- **REHABILITACION MODULO INTEGRAL SIMPLE**
- **ESTIMULACION TEMPRANA**

HOSPITAL DE DIA:

PRESTACIONES EDUCATIVAS ESPECIALES:

- **NIVEL INICIAL**
- **EGB (EDUCACION GENERAL BASICA) ESPECIAL**
- **APRESTAMIENTO LABORAL**
- **FORMACION LABORAL**
- **APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR (AIE)**
- **MAESTRO DE APOYO**
- **CENTRO EDUCATIVO TERAPEÚTICO**

CENTRO DE DIA:

INTERNACIONES:

(Permanente o de lunes a viernes)

- **HOGAR PERMANENTE**
- **HOGAR PERMANENTE CON CENTRO DE DIA**
- **HOGAR PERMANENTE CON CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO**

INTERNACIONES EN REHABILITACION:

RESIDENCIA

PEQUEÑO HOGAR

TRANSPORTE

AYUDAS TÉCNICAS:

Ejemplo silla de ruedas - ortésis - camas ortopédicas - etc.

INSTRUCTIVO DEL PRECEDIMIENTO DE ACCESO A LOS SERVICIOS

- La documentación podrá ser firmada en forma OLOGRAFA, ELECTRONICA O DIGITAL y se ENVIA-RÁ SCANEADA VISIBLE EN UN (1) SOLO ARCHIVO EN PDF a: sur@oseadi.com.ar

NO SE ACEPTA FOTOS WAHTSAPP - ARCHVO JPG o similar

- En Formato papel ORIGINAL, puede ser iniciado en la DELEGACION CENTRAL DE OSEADI correspondiente a lajurisdicción de cada beneficiario.
- Controle que los formularios requeridos, estén confeccionados según las instrucciones que se detallan en cada uno de ellos. No deben poseer enmiendas ni tachaduras.
- Verifique que la documentación que obra en su poder coincida con la solicitada para cada caso. El DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD efectuará el análisis correspondiente y en caso de inconsistencias o datos faltantes, se procederá a su DEVOLUCIÓN.
- Sólo puede iniciarse trámites por Discapacidad para beneficiarios mayores a un (1) año de edad.
- Los expedientes por discapacidad caducarán el 31 de diciembre de cada año al que hubiesen sido solicitados, debiendo presentarse nuevamente toda la documentación para su renovación.
- Las prestaciones serán cubiertas UNICAMENTE por el periodo de VALIDEZ DEL CERTIFICADO UNICO DE DISCAPACIDAD (CUD).

IMPORTANTE: Si el CUD tiene fecha de vencimiento cercana a la de la solicitud de las presentaciones, gestione la renovación del mismo con la debida anticipación, para evitar demoras en los turnos, atento a la finalización de la Etapa ASPO/DISPO.

- Las prestaciones están sujetas a modificaciones según eventuales disposiciones de organismos oficiales. Y a Valor Nomenclador de la SSSalud.
- Las prestaciones podrán ser brindadas **SOLO** cuando cuenten con **AUTORIZACION** emitida por a Auditoría del **DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD DE OSEADI**.
- El inicio de las prestaciones, sin autorización previa, resulta exclusiva Responsabilidad del prestador y **NO OBLIGA A OSEADI A CUBRIR LAS PRESTACIONES**.
- Todas las prestaciones autorizadas por la Obra Social, se encuentran sujetas a Auditorías de Terreno y Evaluación permanente de las mismas, por parte del Equipo Interdisciplinario de la OSEADI.
- La autorización emitida por la Obra Social, sólo tendrá validez, únicamente sobre la prestación efectivamente realizada.
- No se reconocerán coberturas **RETROACTIVAS** a la fecha de presentación del expediente en la Delegación OSEADI de la Jurisdicción que correspondiere al beneficiario o el la fecha enviado por mail.

Documentación QUE DEBE PRESENTAR EL BENEFICIARIO

Documentación

Certificado de Discapacidad

INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES

- Extendido en Formulario Oficial de los Organismos establecido por el Ministerio de Salud Art 3 Ley 22.431/87.
- Debe ser VIGENTE y LEGIBLE.
- Si tiene un vencimiento cercano a la solicitud de presentación, solicítela renovación del mismo.

Solicitud de Prestaciones e Insumos

- Los datos consignados son requeridos como complemento para el análisis por parte del DEPARTAMENTO DE DISCAPACIDAD de las prestaciones solicitadas.
- Los mismo revisten carácter de Declaración Jurada y se solicitan con el objetivo de mantener actualizada nuestra base de datos.

Planilla de Conformidad por las prestaciones

- La misma debe ser por cada prestación que se solicita y firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable.

Formulario de Cronograma de Actividades

- Se debe incluir días y horarios de asistencia a la Institución Educativa, horarios de Terapias y tiempo libre.

Constancia de Alumno Regular 2020 con CUE

(Código Único de Establecimiento)

- Constancia de Alumno Regular 2022, deberá presentarla junto con la documentación del prestador y establecimiento educativo al inicio del ciclo lectivo, Vencimiento para su entrega 30 de Mayo 2022.
- Centro Educativo Terapéutico: constancia de concurrencia.

Constancia POLICIAL de Domicilio

- En caso que requiera TRANSPORTE.

Planilla de DATOS SOCIOFAMILIARES

- Carácter de Declaración jurada.

**DNI Beneficiario y titular
Carnet de afiliaciones
Recibo de haberes o pago Monotributo**

**Documentación QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA POR EL
MEDICO ESPECIALISTA**

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Pedido Médico	<ul style="list-style-type: none">• Las prestaciones deben estar prescriptas según el Nomenclador de Discapacidad: Ejemplo; Módulo de Maestro de Apoyo/ Módulo de Apoyo a la Integración Escolar –Equipo.• La Indicación Médica NO puede ser realizado por un médico de la Institución en la que se efectuarán las prestaciones.• En sello, la matrícula debe estar legible.• No se aceptarán Indicaciones Médicas con tachaduras o cambio de tinta sin la enmienda correspondiente.• La indicación Médica debe indicar el período de cobertura Ejemplo: Fonoaudiología período marzo a diciembre 2022.• No se aceptarán nuevas indicaciones Médicas de manera posterior, no se reconocerán prestaciones retroactivas.
Indicación Médica Solicitud de Transporte	<ul style="list-style-type: none">• Si corresponde Dependencia, la misma debe estar justificada.
Formulario ANEXO de TRANSPORTE	<ul style="list-style-type: none">• Debe justificar la solicitud del pedido de transporte.
Resumen de Historia Clínica	<ul style="list-style-type: none">• Debe estar confeccionado por el Médico Tratante Especialista y actualizado.• Tendrá que consignar la evolución del cuadro clínico-fisiátrico-psiquiátrico-neurológico.• Debe constar claramente la fecha de inicio del tratamiento y objetivos de la continuidad del mismo.
Planilla de Dependencia Funcional (FIM)	

**Documentación GENERAL QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA
POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS**

Documentación	INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES
Formulario Ficha del Prestador	<ul style="list-style-type: none">• Esta Información se solicita con el objetivo de mantener actualizada la base de datos.
Constancia de Inscripción de AFIP	<ul style="list-style-type: none">• VIGENTE.
Constancia de Clave Bancaria Unificada (CBU)	<ul style="list-style-type: none">• El CBU debe corresponde a la razón social y CUIT de quien facturará la prestación, no se aceptarán constancias bancarias con titularidad compartida o no propia.

**Documentación GENERAL QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA
POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS:**

• PRESTACIONES AMBULATORIAS.

Prestadores Individuales: Psicólogos, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos, Terapia Ocupacional, etc.

Documentación

Planilla de Conformidad por las prestaciones

INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES

• La misma debe ser por cada prestación que se solicita y firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable.

Planilla de PLAN de Tratamiento

• INICIO de tratamiento: Informe de evaluación inicial del beneficiario, con objetivos a corto y a largo plazo, según diagnóstico.
• CONTINUIDAD de Tratamiento: Informe evolutivo que señale objetivos a corto y a largo plazo logrados y no logrados de acuerdo al plan de tratamiento presentado.

Informe EVOLUTIVOS

• INICIO de Tratamiento: enviar al comienzo del año. En el mismo debe constar: periodo de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
• CONTINUIDAD Informe SEMESTRAL de la prestación: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento.

Presupuesto de Prestación Ambulatorio

• Resolución 1731/21 SSSalud.

• El prestador debe indicar días y horarios propuestos de atención, los mismos serán tomados exactamente como lo informara para corroborar el cronograma de actividades presentado, de producirse cambios deberán ser notificados.
• La Falta de congruencia en el cronograma o la imposibilidad de realizarlo con respecto a tiempos de traslados, horarios, alimentación y horario de descanso, será motivo de no aceptación e implicará la re-confección de los Pedidos.
• Debe existir total coincidencia entre lo que el Médico Tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.

Título Profesional Habilitante- Matrícula

• Título válido según la profesión, no se aceptan constancias de Título en TRÁMITE.

Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (RNP)

• Constancia de Matrícula, según jurisdicción, la misma debe ser legible.

• VIGENTE.

• No se aceptan constancias en TRÁMITE.

Seguro de Responsabilidad Civil

• Vigente.

Documentación QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA POR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS:

- Módulo de Maestro de Apoyo o Módulo de Apoyo a la Integración Escolar Equipo, se debe agregar a la Documentación General:

MÓDULO DE MAESTRO DE APOYO

Documentación

Título Analítico de Materia del Profesional

INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES

- Completo Maestro en educación Especial, Lic en Cs de la Educación.
- **NO SE AUTORIZA** esta prestación a **PSICOLOGOS-PROFESIONALES** sin incumbencia.

Adaptaciones Curriculares

- Debe efectuarse por materia teniendo como referencia la planificación realizada por el docente de grado y firmado por la Institución Educativa la que concurre el Beneficiario.

Acta Acuerdo

- Firmada por la Institución Educativa a la que concurre el beneficiario-padres-Maestro de Apoyo que realiza la prestación.

Presupuesto Maestro de Apoyo

- Debe existir total coincidencia entre los que el Médico Tratante solicita y lo que el Prestador ofrece como tratamiento.

MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR EQUIPO

Documentación

Habilitación como Equipo

INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES

- Resolución Completa ante la Agencia Nacional de Discapacidad ANDIS.

Adaptaciones Curriculares

- Debe efectuarse por materia teniendo como referencia la planificación realizada por el docente de grado y firmado por la Institución Educativa la que concurre el Beneficiario.

Acta Acuerdo

- Firmada por la Institución Educativa a la que concurre el beneficiario-padres-Maestro de Apoyo que realiza la prestación.

Presupuesto Módulo de Apoyo a la Integración Escolar Equipo

- Debe existir total coincidencia entre los que el Médico Tratante solicita y lo que el Prestador ofrece como tratamiento.

Detalle de los Profesionales que Integran el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar

**Documentación GENERAL QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA
POR PRESTACIONES EN INSTITUCIONES**

Documentación

Planilla de Conformidad por las prestaciones

INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES

• La misma debe ser por cada prestación que se solicita y firmada por la persona con discapacidad/familiar responsable.

Planilla de PLAN de Tratamiento

• INICIO de tratamiento: Informe de evaluación inicial del beneficiario, con objetivos a corto y a largo plazo, según diagnóstico.
• CONTINUIDAD de Tratamiento: Informe evolutivo que señale objetivos a corto y a largo plazo logrados y no logrados de acuerdo al plan de tratamiento presentado.

Informe EVOLUTIVOS

• INICIO de Tratamiento: enviar al comienzo del año. En el mismo debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.
• CONTINUIDAD Informe SEMESTRAL de la prestación: remitir a los 6 meses de iniciado el Tratamiento.
• Resolución 1731/21 SSSalud.

Presupuesto de Prestación en Instituciones

• El prestador debe indicar días y horarios propuestos de atención, los mismos serán tomados exactamente como lo informan para corroborar el cronograma de actividades presentado, de producirse cambios deberán ser notificados.
• La Falta de congruencia en el cronograma o la imposibilidad de realizarlo con respecto a tiempos de traslados, horarios, alimentación y horario de descanso, será motivo de no aceptación e implicará la re-confeción de los Pedidos.
• Debe existir total coincidencia entre lo que el Médico Tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.

Constancia de Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicio de Salud para los casos de Rehabilitación, Estimulación Temprana y otros vigentes de atención sanitaria

• VIGENTE Resolución 789/09 del Ministerio de Salud y modificatorias 496/2014 MSal.

Habilitación Municipal

• Vigente.

Documentación QUE DEBE SER agregada en caso de HOGAR y PEQUEÑO HOGAR a la Documentación General

Documentación
Informe Social

INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES

- El informe deberá ser emitido por Licenciado en Trabajo Social (que no pertenezca a la Institución que brinda el tratamiento) avalando la necesidad el Módulo Hogar.
- Este Requisito se efectuará por el Departamento de Trabajo Social de la OSEADI cuando ingrese el expediente con el grupo familiar.

Documentación GENERAL QUE DEBE SER SOLICITADA Y CUMPLIMENTADA PARA LA PRESTACION TRANSPORTE

Documentación
Planilla de Conformidad por las prestaciones

INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES

- La misma debe ser por cada prestación que se solicita y firmada por la personal con discapacidad/familiar responsable.

Presupuesto de Transporte

- Los únicos traslados que serán autorizados son aquellos que se efectúan entre el domicilio legal de una Institución Educativa o Rehabilitación y el domicilio del beneficiario.
- No se autorizan traslado a consultas médicas y/o realización de estudios de diagnósticos.
- No se autorizarán traslados exclusivos de familiares.

Carnet o licencia de conducir

- Debe existir total coincidencia entre los que el Médico Tratante solicita y lo que el prestador ofrece como tratamiento.
- Vigente.
- Debe pertenecer al mismo prestador.

Habilitación Municipal

- Vigente.
- Debe pertenecer al mismo prestador.

Póliza y Cobertura de Seguro

- Vigente.
- Debe pertenecer al mismo prestador.

Verificación Técnica Vehicular VTV

- VIGENTE.

Recorrido según Google Maps

- Corresponde una impresión del menor recorrido desde/hasta en cual traslada al beneficiario.

Dependencia

- Sólo se aceptará dependencia en pacientes mayores a 6 años y con presentación de Tabla FIM.

Documentación GENERAL QUE DEBE SER AGREGADA PARA DEPENDENCIA

Documentación

**Prestaciones: Hogar-
Centro de Día- Centro
Educativo Terapéutico**

INFORMACION REQUERIDA/OBSERVACIONES

- Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de In-dependencia Funcional FIM, confeccionada por el Licencia en Terapia Ocupacional.
- Informe del Prestador especificando los apoyos que se brindan confor-me al plan de abordaje individual.

Prestación TRANSPORTE

- Informe cualitativo y cuantitativo de la Escala de Medición de In-dependencia Funcional (FIM) confeccionada por médico tratante y/o Licenciado en Terapia Ocupacional e incluir en el diagrama de traslados los apoyos específicos que se brindarán.

CAMBIO DE PRESTADOR

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

La nota del beneficiario titular solicitando dicho cambio (VER FORMULARIOS OSEADI) debe indicar:

- Fecha y motivo de baja del tratamiento o de la modalidad anterior.
- Fecha de inicio del nuevo tratamiento solicitado.
- Firma, aclaración y número de documento del titular.
- Documentación pertinente al nuevo prestador (según corresponda a la modalidad).

CAMBIOS EN LA SITUACION DEL BENEFICIARIO

Casos de fallecimiento del beneficiario causante, deberán presentar:

- Certificado de defunción.
- Nota del beneficiario titular informando la fecha de finalización del tratamiento.

Abandono Del tratamiento.

- Nota del beneficiario titular especificando la fecha de finalización de la prestación recibida.
- Motivos por los cuales la misma fue interrumpida.

RECLAMO DE Documentación FALTANTE, INCOMPLETA O INCORRECTA

Solo se recepcionarán solicitudes con documentación completa. En caso de detectarse faltantes o inconsisten-cias con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente y a la devolución del expediente.

Dicho reclamo se realiza por medio de una notificación escrita desde el Departamento de Discapacidad, a través de la Consejo y/o Delegación que le correspondiere al beneficiario por su jurisdicción, debiendo cumpli- mentarse dentro de los plazos establecidos a fin de darle curso correspondiente al expediente.

Centro de Orientación y/o Coordinacion de Servicios

CASA CENTRAL Domicilio: Lavalle 1783 2º "B" CABA CP 1048 Tel: 4373-4977

Horarios de Atención personalizada: lunes a viernes de 9.30am a 13.00pm y de 14.00pm a 18.30pm

CONTACTO INICIO DE TRÁMITES: ANALIA VENDRAME.

Correo: tramites.beneficiarios@oseadi.com.ar / sur@oseadi.com.ar

Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario.

Una vez realizada la solicitud a través de nuestros canales de comunicación, el equipo interdisciplinario conformado por medico Auditor, Asistente Social y sector administrativo guiaran al solicitante en la conformación de toda la documental a presentar y que sea aprobada sin inconsistencias.

Proceso: Solicitud de prestación → Ingreso área Administrativa → Análisis auditoria medica + asistente social → Devolución análisis realizado → Conformación Legajo → Aprobación de Prestaciones → Autorización a su facturación.

Procedimiento de autorizaciones.

El único centro habilitado para dar autorizaciones es la CASA CENTRAL DE la Obra Social sito en Lavalle 1783 2º "B"

La modalidad de la autorización es a través de correo electrónico una vez esté toda la documental completa quedando a responsabilidad del prestador y el beneficiario la presentación de la misma.

Formularios para presentaciones

Se detallan a continuación los formularios que deban ser completados por los profesionales e instituciones los mismo podrán ser modificados por el ente de control (SSSALUD)



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Anexo

Número: IF-2021-88686019-APN-SSS#MS

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Lunes 20 de Septiembre de 2021

Referencia: ANEXO II

ANEXO II - 2. CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2022

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: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

1. Prestación: _____

Prestador: _____

Periodo de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETA:

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:

Digitally signed by Geston Documental Electronica
Date: 2021.09.20 16:35:07 -03:00

GABRIELA FABIANA BARROS
Coordinadora
Superintendencia de Servicios de Salud

Digitally signed by Geston Documental
Electronica
Date: 2021.09.20 16:35:08 -03:00

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Periodo: 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): SI- No

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

Yocon 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:

Listado de PRESTADORES

Nomina	Especialidad	Cuit	Teléfono	Correo Electrónico	Plataforma Digital	Días y Horarios	Domicilio	Zona	Jurisdicción
MARIÑO MARIA JOSE (Psicología)	Psicología	27-29954683-2	20526460	consultorioteinvitoajugar@yahoo.com.ar	Zoom / Presencial	Miercoles y Jueves 9,45 a 10,30 hs	CALLE 19 4219	BUENOS AIRES	BERAZATEGUI
MOLINA DEBORA VIVIANA (T.O)	Terapia Ocupacional	23-29374313-4	20526460	consultorioteinvitoajugar@yahoo.com.ar	Zoom / Presencial	Miercoles y Viernes 9 a 9,45 hs	CALLE 156 NRO 1934	BUENOS AIRES	BERAZATEGUI
INSTITUTO INFANCIAS SRL	Formacion Laboral	30-70859288-5	48622513	info@infancias.org	Presencial	Lunes a viernes de 9 a 16.30 hs	GUARDIA VIEJA 4541	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
MUSCHETTO AGUSTINA	Hidroterapia (estimulacion temprana)	27-34682876-0	1541951845	agus545@hotmail.com	Zoom / Presencial	Miercoles de 16 a 16,45 hs	BELGRANO AV. 2340 Piso:12 Dpto:H	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
SAGRAY HORACIO DIEGO	Kinesiologia	20-13127744-0	48231290	horaciosagray@hotmail.com	Zoom / Presencial	Martes y Jueves de 14 a 16 hs	DIAZ CNEL. AV. 1482 Piso:7 Dpto:A	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
SEA SERVICIOS EDUCATIVOS ASISTENCIALES S.R.L.	Modulo de apoyo a la Integracion Escolar	33-71031230-9	46385859	sea.direccion@gmail.com	Presencial	Lunes a viernes de 13 a 17 hs	SOMELLERA 5922	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
CENTRO LAZOS S.R.L (modulo de apoyo a la integracion escolar)	Modulo de apoyo a la Integracion Escolar	30-71463494-8	39785181	secretaria@lazos.com.ar	Presencial	Lunes a viernes de 13 a 17 hs	DIAZ VELEZ AV. 3873 Piso:9	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL

ASOCIACION CIVIL EQUIPO DE ABORDAJE DE LA DISCAPACIDAD E INTEGRACION PSICOSOCIAL (EQUIPO ADIP)	Modulo de apoyo a la Integracion Escolar	30-71173192-6	43939839	equipoadip@gmail.com	Zoom / Presencial	Lunes a viernes de 9 a 18 hs	CORDOBA AV. 950 Piso:11 Dpto:B	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
ASOCIACION ARGENTINA DE PADRES DE AUTISTAS (APADEA) CABA	Modulo de apoyo a la Integracion Escolar	30-68151074-1	8103452508	info@apadea.org.ar	Presencial	Lunes aviernes de 8 a 12 hs	LAVALLE 2762 Piso:03 Dpto:026	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
EN-CAUSAR PSI S.R.L	Modulo de apoyo a la Integracion Escolar	30-71415223-4	1567007640	administracion@en-causarpsi.com.ar	Presencial	Lues a viernes de 8 a 12 hs	FERNANDEZ BLANCO 2030 -	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
AIDIS S.A.	Modulo de apoyo a la Integracion Escolar	30-71042772-7	47863920	equipo_psinaf@yahoo.com.ar	Presencial	Lunes a viernes 12,40 a 16,30 hs	MALABIA 2387 Piso:1 Dpto:A	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
IGLESIAS MARIA EUGENIA (Psicol)	Psicologia	27-31290499-9		iglesias.m.eugenia@gmail.com	Zoom / Presencial	Lunes , miercoles y viernes 18: 00 hs a 19 : 00 hs	FALCON RAMON L CNEL 6589 Piso:3 Dpto:B	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
LIC SAIEG NATALIA	Psicologia	27-24203322-7	1530262637	licnataliasaieg@gmail.com	Zoom / Presencial	miercoles de 14 a 15 hs	ALSINA 375 Piso:1 Dpto:A	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
REBOREDO CLELIA CRISTINA	Psicologia	27-21669128-3	44832480	info@centropiuque.com	Presencial	Lunes a viernes de 8,30 a 12,30 hs	GUAYAQUIL 819 Piso:13 Dpto:D	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
FERRARO VANESA IANINA	Psicologia	27-26885150-5	1144713991	lic.vanesa@gmail.com	Zoom / Presencial	Lunes a viernes de 18 a 18,45 hs	BRAVO MARIO 1274 Piso:2 Dpto:1	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
ALI YASMIN ELISA (Psicopedagoga)	Psicopedagogi a	27-31832574-5		lic.yasminali@gmail.com	Presencial	Miercoles y Jueves de 15 a 16 hs	PATRON 7423	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
SCHMID CONSTANZA	Psicopedagogi a	27-25900620-7	341156611230	costyschmid@hotmail.com	Zoom / Presencial	Lunes y jueves11,30 a 12,30 hs	LEGUIZAMON MARTINIANO 88 Piso:5 Dpto:B	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
ELSNER ANALIA DANIELA	Terapia Cognitivo Conductual (Psicologia)	27-36714612-0	1125000220	analiaels@hotmail.com	Zoom / Presencial	martes y jueves 11 a 12 hs	LOZANO PEDRO 5940	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL

CIOFFI NIDIA NATALIA (terapia Ocupacional)	terapia Ocupacional	27-27544742-6	1559623995	naticioffi79@gmail.com	Zoom / Presencial	Lunes a viernes de 15,30 a 16,15 hs	PAZ JOSE C. 3626 Piso:PB	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
REMISES TRAVEL S.R.L	Transporte	30-71450099-2	1133878886	remisestravel@hotmail.com		Lunes a viernes de 13 hs a 16 hs	ALBERDI JUAN B. AV. 5476	CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL
TRANSPORTE RIZZO	Transporte	20-24775505-6	1531130208	roxybenegas@gmail.com		Lunes a viernes de 7,30 a 16 hs	COSME ARGERICH 3040	BUENOS AIRES	CARAPACHAY
LEMES FELIX	Transporte	23-29166274-9	1163572621	remisesfelix@gmail.com		Lunes a Viernes de 7,30 a 12,15 hs	AV CONSTITUCION (RUTA26) 546 Dpto:10	BUENOS AIRES	DEL VISO
HARMOS ASOCIACION CIVIL	Modulo Integral Intensivo	30-70773020-6	46548660	harmos@fibertel.com.ar	Presencial	lunes a viernes de 13 a 13,30 hs	AV. PTE. PERON 752	BUENOS AIRES	DOMINGO F. SARMIENTO
ARANCIBIA SILVANA DE JESUS (Fonouadiologia)	Fonoaudiologia	27-27262604-4	20526460	consultorioteinvitoajugar@yahoo.com.ar	Zoom / Presencial	Martes y miercoles de 14 a 14,45 hs	CASTELLI 16	BUENOS AIRES	FLORENCIO VARELA
CASCO NADIA EVANGELINA	Terapia Ocupacional	27-28141319-3	1558167319	casconadia@hotmail.com	Zoom / Presencial	martes de 17,30 a 18,30	MONTES DE OCA 1469 Piso:1 Dpto:B	BUENOS AIRES	FLORENCIO VARELA
MATURANO OLGA NOEMI	Psicopedagogia	27-25305791-8	1136570159	kairopsicopedagogia@gmail.com	Zoom / Presencial	Lunes, miercoles, jueves y viernes 16 a 17 hs	CORDOBA 1641	BUENOS AIRES	INGENIERO MASCHWITZ
SUCESION DE ANDRES SANTIAGO BENITO (INSTITUTO IDEAS)	Instituto de Estimulacion y Parendizaje	20-05592465-2	46236051	idea@uolsinectis.com.ar	Presencial	Lunes a viernes 8 a 16,30 hs	24 DE OCTUBRE 1391	BUENOS AIRES	ITUZAINGO
ROMANO SILVIA ESTELA	Psicologia	27-27627773-7	1550462853	licromanosilvia@gmail.com	Zoom / Presencial	Martes, miercoles y jueves de 18 a 19 hs	CONGRESO 261	BUENOS AIRES	JOSE MARMOL
CENTRO PSICOTERAPEUTICO BUENOS AIRES S.A	Modulo Integral Intensivo	30-71204014-5	47907306	cpbasm@gmail.com	Presencial	Lunes, martes y jueves de 9 a 10 y miercoles y viernes de 10 a 11 hs	AVENIDA MAIPU 4133 - BARRIO	BUENOS AIRES	LA LUCILA

GONZALEZ FERRERO MARIA FLORENCIA	Psicologia	27-30861640-7	1565140384	florpsi@icloud.com	Presencial	Lunes, miercoles y vienes 15 a 16 hs	CALLE 6 1676 Piso:PB Dpto:1	BUENOS AIRES	LA PLATA
SCUTERI SUSANA YAMILE (Fonoaudiologia)	Fonoaudiologia	27-24847145-5	1161608501	chuman24@hotmail.com	Zoom / Presencial	Lunes y Jueves de 18,45 a 19,30 hs	AMANCIO ALCORTA 175 Dpto:c	BUENOS AIRES	LANUS
GAREIS CAROLINA SOLEDAD	Psicopedagogia	27-31718656-3	1159537838	caro_gareis@hotmail.com	Zoom / Presencial	Lunes de 16,30 a 17 hs	ELIAS BEDOYA 3549	BUENOS AIRES	LANUS
RUIZ MARIA LEANDRA	Psicologia	27-29780042-1	1561528643	licenciada Ruiz@live.com.ar	Zoom / Presencial	Lunes 19 a 20 hs	LAS PALMAS 7032	BUENOS AIRES	LOMA HERMOSA
ZERU URDINA SRL (modulo de apoyo a la integracion escolar) escuela de la llave del cielo azul	Modulo de apoyo a la Integracion Escolar	30-71360390-9	42928301	info.ica@institutocieloazul.edu.ar	Presencial	lunes a vienes de 8,30 a 17 hs	SAN MARTIN 44	BUENOS AIRES	LOMAS DE ZAMORA
TAIBO YAMILA MERCEDES	Terapia Ocupacional	27-33106536-1	1140795290	yamila_taibo@hotmail.com	Zoom / Presencial	Lunes y Martes de 15 a 16 hs	HEROES DE MALVINAS 1176	BUENOS AIRES	MONTE CHINGOLO
CET ALTER S.A.	Modulo de apoyo a la Integracion Escolar	33-70915492-9	42531299	infocet@centroalter.com.ar	Presencial	Lunes a vienes de 8,00 a 12 hs	MITRE 420	BUENOS AIRES	QUILMES
DOMINGUEZ SOFIA CRISTINA	Musicoterapia	27-12642934-2	20526460	consultorioteinvitoajugar@yahoo.com.ar	Zoom / Presencial	Lunes a vienes 8 a 19,30 hs	URRESTARAZU 4675	BUENOS AIRES	QUILMES
GRECO JULIETA AILIN (Psicologia)	Psicologia	27-36763943-7	1167615543	andamiajeatencionintegral@gmail.com	Zoom / Presencial	Lunes, miercoles y vienes 17,15 a 18,00 hs	1de mayo 2559	BUENOS AIRES	QUILMES
TRANSPORTE CASSICIA MIGUEL	Transporte	20-13356775-6	75431517	viajeseltanque2014@gmail.com		Lunes a vienes de 12,20 a 15 hs	ENTRE RÍOS 2644	BUENOS AIRES	QUILMES
ROLDAN ANDREA FABIANA	Fonoaudiologia	27-20852276-6	48150747	espaciobosch@hotmail.com	Presencial	Lunes a vienes de 16 a 17 hs	121 - FRONDIZI 2840	BUENOS AIRES	SAN MARTIN
LENCINA AGUSTINA SOL	Terapia Ocupacional	27-39207529-7	48150747	espaciobosch@hotmail.com	Presencial	Vienes de 17 a 18 hs	BELGRANO 3826 Piso:4 Dpto:B	BUENOS AIRES	SAN MARTIN
TRANSPORTE GOOD CARS (BASCHER FLORENCIA BELEN)	Transporte	27-35757434-5	1539091253	transporte.good.cars@gmail.com		Lunes a vienes de 7,30 a 16 hs	LOPEZ Y PLANES 5662	BUENOS AIRES	SAN MARTIN

AGUIRRE MILAGROS DOLORES Y MORE LEONARDO DANIEL S.H (GRUPO TRAMA)	Modulo de apoyo a la Integracion Escolar	30-71137207-1	1165110382	grupotramaq@hotmail.com	Presencial	Lunes a viernes de 8 a 12 hs	AVELLANEDA 505	BUENOS AIRES	SAN MIGUEL
ENCINO JORVATT LAURA ELIZABETH (Psicopedagogia)	Psicopedagogia	27-24994129-3	1138704514	emuna.psicopesaludyaprendizaje@gmail.com	Zoom / Presencial	martes y jueves de 18 a 19 hs	ZUVIRIA 2719	BUENOS AIRES	SAN MIGUEL
GULISANO BASSO BRENDA NEREA	Psicopedagogia	27-37835072-2	48150747	espaciobosch@hotmail.com	Presencial	Martes y jueves 17 hs	CUELI 2231	BUENOS AIRES	SANTOS LUGARES
SALVATORE ALEJANDRA PAULA	Psicologia	27-29258845-9	1536736688	alejandra.salvatore@gmail.com	Zoom / Presencial	Lunes de 15 a 16 hs	HERNAN CORTEZ 628 Piso:PB Dpto:4	BUENOS AIRES	SARANDI
STEINBRUNN IRENE CRISTINA	Fonoaudiologia	27-17698453-3	1566507883	irene.steinbrunn@hotmail.com	Zoom / Presencial	Miercoles de 17 a 17.45 hs	TRIUNVIRATO 1022	BUENOS AIRES	TEMPERLEY
BARDELLI ANDREA PAULA	Psicopedagogia	27-18414072-7	1544047886	andreapsic@yahoo.com.ar	Zoom / Presencial	Lunes a viernes de 17 a 17,45 hs	PSJE.SANCHEZ GARDEL JULIO 91	BUENOS AIRES	TEMPERLEY
ALIPPO MARIA CECILIA	Fonoaudiologia	27-22251125-4	1162337525	cecialippo@hotmail.com	Zoom / Presencial	Lunes de 16,30 a 17 hs	DR. ESTANISLAO ZEBALLOS 4544	BUENOS AIRES	VILLA DOMINICO
COSSO PATRICIA LILIANA	Fonoaudiologia	27-18522664-1	1555117853	patriciacosso@hotmail.com	Zoom / Presencial	Lunes y Miercoles 16 a 17 hs	SAN ISIDRO 6046 Piso:0 Dpto:C	BUENOS AIRES	WILDE
SERVIAN BELEN(SENTIDO ACTIVO)	Terapia Ocupacional	27-38832903-9	42301369	beluservian@gmail.com	Presencial	Lunes y viernes de 10 a 11 hs	LYNCH 2131	BUENOS AIRES	WILDE
RIOS MIRTA ALICIA (Escuela Especial Ser)	Modulo de apoyo a la Integracion Escolar	27-17699915-8	3487434234	administracion@escuelaespecialser.com	Presencial	Martes y Jueves 8 a 10 hs y Lunes y Miercoles 15 a 17 hs	AVELLANEDA 312	BUENOS AIRES	ZARATE