

ANEXO IV

CARTILLA DISCAPACIDAD

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.

Centro de Orientación y/o Coordinación de Servicios

Domicilio: Treinta y Tres Orientales 148 – CABA

Contacto: 08103334683 / 1168958455 / auditoria@ospap.org.ar

Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario

Se reciben y se solicitan entrevistas con nuestros beneficiarios para reunirse con el Equipo Interdisciplinario y abordar problemáticas de los mismos, a través de los siguientes canales de comunicación:

Call center: 08103334683

Whatsapp: 1168958455

Correo electrónico: auditoria@ospap.org.ar

Procedimiento de autorizaciones

Se reciben solicitudes de prestaciones de acuerdo al instructivo enviado oportunamente a los diferentes prestadores.

El tiempo de autorización de las mismas es de 24/48 horas. Se envían vía correo electrónico a los prestadores y se da aviso a las familias.

INSTRUCTIVO 2027

El legajo (uno por prestación) deberá enviarse a auditoria@ospap.org.ar con toda la documentación unificada en archivo digital PDF. El mismo podrá enviarlo únicamente el prestador. No se recibirá documentación por ninguna otra vía ni en otro formato de presentación.

Los informes semestrales y finales deberán enviarse por correo electrónico a auditoria@ospap.org.ar antes del envío de la factura correspondiente a dicho mes/período.

No se reconocerán facturas previas a la fecha de autorización de la prestación.

Para solicitar cambio de prestador, se deberá incluir en el legajo una carta firmada y aclarada por familiar/tutor legal responsable del beneficiario, donde conste a qué profesional solicitan cambiar y por cuál, junto a los motivos del pedido de cambio. Una vez aprobado el mismo, el prestador recibirá la autorización digital vía mail y allí podrá comenzar a brindar la cobertura. No se reconocerán facturas previas a la fecha de autorización del cambio de prestador.

Los días y horarios asignados en el consentimiento serán, si no hay un aviso de cambio posterior, los que esta Auditoría tomará como definitivos.

Únicamente se recibirán las planillas y anexos que consten en este instructivo.

Cada Anexo deberá completarse según modelo adjunto, de manera manuscrita y con firmas y aclaraciones ológrafas de familiar/tutor legal responsable y del profesional/prestador.

La dependencia (si la prestación lo requiere y corresponde) podrá solicitarse desde los 6 (seis) años cumplidos y deberá justificarse con las escalas de valoración funcional (ver anexos adjuntos). La misma puede ser completada por profesional idóneo según patología (neurólogo o fisiatra/terapeuta ocupacional). En diagnósticos correspondientes a Salud Mental, podrá completarla un médico psiquiatra. No se aceptarán escalas FIM completadas por otros especialistas. La presentación del FIM no acredita dependencia; la misma será evaluada por el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad de OSPAP.

La Obra Social puede solicitar documentación adicional a la obligatoria según Resolución 1743/2024, la cual será excluyente.

Según Resolución 1743/2024, se autorizará en todos los casos, el prestador más cercano al domicilio del beneficiario.

No se reconocerán prestaciones los días sábados y domingos.

Frente al incumplimiento/faltante de alguno de los requisitos mencionados anteriormente y en este instructivo, y luego de notificar fehacientemente al prestador; OSPAP se reserva el derecho de autorización/suspensión de procesamiento de facturas hasta tanto no se regularice la situación observada, SIN EXCEPCIÓN.

Toda la documentación solicitada por OSPAP, se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones sobre la normativa vigente dispuesta por la Superintendencia de Servicios de Salud.

Ante cualquier duda o consulta, puede comunicarse al 08103334683 interno 101 o por WhatsApp al 1168958455.

ESTIMULACIÓN TEMPRANA:

- Beneficiarios: Esta modalidad prestacional se subdivide en dos ciclos:
 - De 0 a 18/24 meses
 - De 18/24 a 48 meses

- Frecuencia de atención: Entre 1 y 3 veces por semana. La sesión de tratamiento será de 45 minutos.

- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la prestación que se solicita, la frecuencia de sesiones semanales, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. - (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Título de grado (anverso y reverso) más especialización en estimulación temprana
 - Matrícula en jurisdicción a ejercer
 - Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso)
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Habilitación municipal (si no está a su nombre; agregar carta firmada y aclarada por quien figura como titular indicando que presta servicios allí)
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos

- Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)

EDUCACIÓN INICIAL

- Niños con discapacidad entre 3 (tres) y 6 (seis) años de edad cronológica.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Habilitación municipal para la actividad
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final

- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)

EDUCACIÓN GENERAL BÁSICA

- Niños y jóvenes con discapacidad entre 6 (seis) y 18 (dieciocho) años de edad cronológica.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Habilitación municipal para la actividad
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional

- Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
- Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)

FORMACIÓN LABORAL

- Personas con discapacidad entre los 18 (dieciocho) y 35 (treinta y cinco) años de edad, con escolaridad primaria completa o incompleta.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad

- Habilitación municipal para la actividad
- Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
- Seguro de responsabilidad profesional
- Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
- Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

- Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, con posibilidades de acceder a un proceso de integración escolar en cualquiera de sus niveles.
- Frecuencia de atención: El módulo comprende una carga horaria mensual mínima de 32 horas, o bien por hora de apoyo en caso de requerir menos de 8 (ocho) horas semanales. En todos los casos, la cantidad de horas dependerá del proyecto individual e incluirá la atención individual, familiar y coordinación del equipo técnico profesional.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Constancia de Alumno Regular con el CUE del establecimiento educativo. (Fecha límite de presentación marzo 2025)
 - e) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Adaptación curricular
 - Acta Acuerdo firmada por familiar/tutor responsable legal, directivo de la escuela y prestador. (Fecha límite de presentación: abril 2025)
 - Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada

- Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Habilitación municipal para la actividad
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- f) Presupuesto (Anexo I)
- g) Conformidad (Anexo III)

MAESTRA INTEGRADORA

- Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales, con posibilidades de acceder a un proceso de integración escolar en cualquiera de sus niveles.
- Frecuencia de atención: El módulo comprende una carga horaria mensual mínima de 32 horas, o bien por hora de apoyo en caso de requerir menos de 8 (ocho) horas semanales. La cobertura únicamente podrá brindarla un licenciado/a en psicopedagogía o profesor/a de educación especial.
- El profesional que brinde esta prestación no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria, ni prestar servicio a hermanos/as que vayan al mismo curso.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Constancia de Alumno Regular con el CUE del establecimiento educativo. (Fecha límite de presentación marzo 2025)
 - e) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)

- Adaptación curricular
 - Acta Acuerdo firmada por familiar/tutor responsable legal, directivo de la escuela y prestador. (Fecha límite de presentación: abril 2025)
 - Plan de abordaje individual con detalle de adecuación curricular en caso de corresponder, confeccionada y firmada por profesional/equipo tratante.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Título de grado (anverso y reverso)
 - Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso)
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- g) Presupuesto (Anexo I)
- h) Conformidad (Anexo III)

CENTRO EDUCATIVO TERAPÉUTICO

- Niños o jóvenes desde los 6 (seis) y hasta los 25 (veinticinco) años.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a las necesidades del beneficiario.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, dependencia si corresponde, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)

- Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
 - Habilitación municipal para la actividad
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)
- g) Escalas de valoración funcional -si se solicita dependencia- (Anexo V y Anexo VI)

CENTRO DE DÍA

- Preferentemente a partir de los 14 años. En las etapas anteriores se procurará en todos los casos su atención en servicios de estimulación temprana, sistema educativo o Centros Educativo Terapéuticos. En caso de producirse un ingreso antes de los 14 años deberá justificarse el mismo.
- Frecuencia de atención: Diaria en jornada simple o doble, de acuerdo a las necesidades del beneficiario.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) donde conste la prestación que se solicita, el tipo de jornada, dependencia si corresponde, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)
 - Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones

realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)

- Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
- Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
- Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
- Constancia de inscripción prestacional en la Agencia Nacional de Discapacidad
- Habilitación municipal para la actividad
- Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
- Seguro de responsabilidad profesional
- Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
- Informe final

e) Presupuesto (Anexo I)

f) Conformidad (Anexo III)

g) Escalas de valoración funcional -si se solicita dependencia- (Anexo V y Anexo VI)

REHABILITACIÓN

- A partir de los 5 años. En las edades anteriores se procurará en todos los casos su atención en servicios de estimulación temprana.
- Los tratamientos de rehabilitación podrán ser brindados bajo las especialidades de kinesiología, psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, psicomotricidad, terapia ocupacional y musicoterapia.
- No se autorizará más de una sesión diaria.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) donde conste la terapia que se solicita la frecuencia de sesiones semanales, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico. No podrá realizar la solicitud un médico de la institución en la que se efectuará la prestación.
 - c) Resumen de historia clínica extendido por profesional tratante (Pediatria, Neurología, Psiquiatria) con descripción integral de la condición de salud de la persona con discapacidad y de las prestaciones que recibe actualmente, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.
 - d) Prestador:
 - 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. – (únicamente para nuevas prestaciones)

- Informe evolutivo de la prestación – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo y resultados alcanzados- (para renovación/continuidad)
 - Plan de abordaje individual – Deberá constar el período de abordaje, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias utilizadas en la intervención, contemplando los diferentes contextos.
 - Informe de seguimiento semestral de la prestación brindada
 - Título de grado (anverso y reverso) -tratamientos individuales-
 - Matrícula en jurisdicción a ejercer -tratamientos individuales-
 - Documento Nacional de Identidad (anverso y reverso) -tratamientos individuales-
 - Constancia Registro Nacional de Prestadores Superintendencia de Servicios de Salud
 - Habilitación municipal (si no está a su nombre; agregar carta firmada y aclarada por quien figura como titular indicando que presta servicios allí)
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Seguro de responsabilidad profesional
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Informe final
- e) Presupuesto (Anexo I)
- f) Conformidad (Anexo III)

TRANSPORTE

- El módulo comprende el traslado de beneficiarios con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de prestación y viceversa. El mismo será otorgado cuando el beneficiario se vea imposibilitado de utilizar el traslado gratuito en transporte público (Ley 24.314).
- La cobertura se autorizará con kilometraje redondeado (sin decimales) hasta un total de 1500 km.
- En los casos en los que se superen los 1500 km mensuales, OSPAP podrá derivar según Resolución 1743/2024 a otro establecimiento más cercano al domicilio del beneficiario, reprogramar el cronograma de asistencia/plan de tratamiento o requerir un informe del médico tratante que justifique la necesidad de concurrencia al prestador seleccionado.
- En caso de hermanas/os que realicen el mismo viaje en transporte individual (auto), sólo se autorizará un pedido.
- Para los transportes educativos se reconocerá el receso invernal.
- Se reconocerán los kilómetros según geolocalización de Google Maps, y se tomará el recorrido más corto.
- Documentación:
 - a) Certificado Único de Discapacidad vigente
 - b) Prescripción de la prestación comprendida en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad extendida por profesional tratante (Pediatría, Neurología, Psiquiatría) que indique domicilios de salida/destino, ida-vuelta, el período mensual/anual (ejemplo de febrero a diciembre 2025),

dependencia (en caso de corresponder), diagnóstico, fecha anterior a la solicitud de inicio de la cobertura, firma y sello médico.

- c) Justificativo médico del por qué el beneficiario no puede utilizar transporte público.
- d) Constancia de domicilio a nombre del beneficiario emitida por autoridad competente.
- e) Prestador:
 - Licencia de conducir (anverso y reverso) donde conste transporte a pasajeros
 - Habilitación municipal del auto/agencia.
 - Póliza de seguro
 - Verificación técnica Vehicular
 - Cédula de Identificación de Vehículos
 - Constancia de geolocalización con domicilios
 - Constancia de Administración Federal de Ingresos Públicos
 - Constancia de Clave Bancaria Uniforme emitida por entidad bancaria
 - Presupuesto (Anexo II)
 - Conformidad (Anexo IV)
 - Escalas de valoración funcional -si se solicita dependencia- (Anexo V y Anexo VI)

ANEXOS

ANEXO I

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
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador

ANEXO II

PRESUPUESTO TRANSPORTE

Fecha de Emisión: / /

Razón social del prestador:

CUIT:

Correo electrónico 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
1					
2					
3					

Total Km. Mensuales:

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

Valor del km:

Monto mensual:

Firma y Aclaración del Transportista

ANEXO III

CONFORMIDAD PRESTACIONAL

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de beneficiario:

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 Prestación: desde.....hasta.....
2. Prestación:
 - Prestador:
 - Período de Prestación: desde.....hasta.....
3. Prestación:
 - Prestador:
 - Período de Prestación: desde.....hasta.....
4. Prestación:
 - Prestador:
 - Período de 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 detallada/s precedentemente.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

ANEXO IV

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de beneficiario:

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

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

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.

Dejo constancia que no he accedido al beneficio estipulado en la ley N° 19.279 y sus modificatorias.

La información proporcionada en el presente documento tiene carácter de Declaración Jurada.

Firma:.....

Aclaración:.....

Documento:.....

ANEXO V**ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL**

Actividades básicas de la vida diaria		
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
TOTAL:		
Alimentación	-Totalmente independiente	10
	-Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc.	5
	-Dependiente	0
Baño	-Independiente: entra y sale solo del baño	5
	-Dependiente	0
Vestirse	-Independiente: capaz de ponerse y quitarse ropa, abotonarse, etc.	10
	-Necesita ayuda	5
	-Dependiente	0
Aseo personal	-Independiente: lavarse la cara, las manos, peinarse, etc.	5
	-Dependiente	0
Control anal	-Continencia normal	10
	-Incontinencia ocasional	5
	-Incontinencia	0
Control vesical	-Continencia normal	10
	-Un episodio diario como máximo de incontinencia	5
	-Incontinencia	0
Manejo en el inodoro	-Independiente para ir al baño, limpiarse sin ayuda	10
	-Necesita ayuda para ir al baño pero se limpia solo	5
	-Dependiente	0
Desplazamiento silla/cama	-Independiente para ir del sillón a la cama	15
	-Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	-Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	-Dependiente	0
Deambular	-Independiente, camina solo 50 metros	15
	-Mínima ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	-Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	-Dependiente	0
Escaleras	-Independiente para subir y bajar escaleras	10
	-Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	-Dependiente	0

PUNTAJE TOTAL ÍNDICE DE BARTHEL:

FIRMA, SELLO Y ACLARACIÓN MÉDICO TRATANTE

ANEXO VI**ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL**

CATEGORÍAS	DOMINIO	FIM TOTAL
Autocuidado 1.Alimentación 2.Arreglo personal 3.Baño 4. Vestido hemicuerpo superior 5.Vestido hemicuerpo inferior 6.Aseo perineal	Motor (máximo 91 puntos)	Máximo 126 puntos
Control de esfínteres 7.Control de vejiga 8.Control de intestino		
Movilidad 9.Traslado de la cama a silla o a silla de ruedas 10.Traslado en baño 11.Traslado en bañera o ducha		
Ambulación 12.Caminar/desplazarse (incluye silla de ruedas) 13.Subir y bajar escaleras		
Comunicación 14.Comprensión 15.Expresión	Cognitivo (máximo 35 puntos)	
Conocimiento social 16.Interacción social 17.Solución de problemas 18.Memoria		

Cada ítem debe ser puntuado del 1 al 7 de la siguiente manera:

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

FIRMA, SELLO Y ACLARACIÓN MÉDICO TRATANTE

Especialidad	Razón social	Correo Electrónico	Contacto	Zona
Centro de Día	AMIGOS SIEMPRE AMIGOS	centrodediaamigossiempreamigos@gmail.com	1169926775	Cañuelas
Centro de Día	FUNDACION IPNA (INSTITUTO PSICOPEDAGOGICO DE NIVELACION ARAN	administracion@fundacionipna.org.ar	2226492236	Cañuelas
Centro de Día/ Centro Educativo terapeutico	FUNDACION CIENTIFICA Y DEPORTIVA EQUINA	fundacionequina2@gmail.com	1170780829	Cañuelas
Centro Educativo Terapeutico	PCP APOYOS S.R.L.	pcpapoyos@gmail.com	2320430301	Jose C Paz
Centro Educativo Terapeutico	MARENAS CET S.R.L.	facturacion@marenascet.com.ar	2374054192	Moreno
Centro Educativo Terapeutico	PROGRAMA INTEGRAR S. A.	quinelacet@gmail.com	2374658092	Moreno
Centro Educativo Terapéutico	COOPERATIVA DE PROV DE SRV DE SALUD SAN MARTIN DE PORRES LTD	secretaria@porres.edu.ar	1128212510	Florida
Centro Educativo Terapéutico	CET.LEO KANNER S.A.	kannercentro@gmail.com	1131889922	Tortuguitas
Centro Educativo Terapéutico	ASOCIACION Y UNION DE PADRES DE NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TGD	aupa.direccion@gmail.com	47183775	Vicente Lopez
Centro Educativo Terapéutico / Integración Escolar	INTEGRARCET S.A.	integrarcetsa@gmail.com	46592392	Haedo
Escolaridad	BARRON BOERIS CASALINI S R L	facturacion@federicodominick.edu.ar	48650220	Capital Federal
Escolaridad	MACOGUCA -SOLPIVA S.R.L	escuelaespecialwinnicott@gmail.com	44835111	Castelar
Escolaridad	ESCUELA NIVELADORA "UN LUGAR PARA VIVIR"	unlugarparavivir@hotmail.com	2204770214	Marcos Paz
Escolaridad	URRERE PON ADRIANA MARINA	administracion@institutoarmonia.edu.ar	1138460980	Martinez
Escolaridad	FUNDACION ALICIA MARGULIS PARA LA EDUCACION E INVESTIGACION	TESORERIA@FUNDALMA.ORG.AR	2374810088	Moreno
Escolaridad	FUNDACION SUZUKI	pagosfundacionsuzuki@hotmail.com	4664-0771/4667-1400	San Miguel
Escolaridad	BERFAL SOCIEDAD DE RESPONSABILIDAD LIMITADA	administracion@maiten.edu.ar	1162894015	Villa Ballester
Escolaridad / Formación Laboral	ANGEDUCAR S.A	informes@losangeles.edu.ar	47273752	Capital Federal
Escolaridad / Formación Laboral	INSTITUTO DE EDUC. ESP. ESSERE	institutoessere@gmail.com	49310586	Capital Federal
Escolaridad / Formación Laboral	ESCUELA TALLER EL SEMBRADOR SRL	elsembrador_pagos@yahoo.com	47266331	El Talar
Escolaridad / Formación Laboral	NUESTRA LUZ SRL	info@nuestraluz.com.ar	4795-5127/4718-2138	Florida
Escolaridad / Formación Laboral	NUEVO DIA S.R.L.	cobranzas@colegionuevododia.com.ar	4654-2678/4658-9520	Nuñez
Escolaridad / Formación Laboral	ASOCIACION WARD	gduto@ward.edu.ar	1139899873	Ramos Mejia
Escolaridad / Formación Laboral	CREI SRL	administracion@crei.edu.ar	1166395841	Villa Ballester
Escolaridad / Integración escolar	CASA VERDE ESCUELA DE EDUC. ESPECIAL	casaverde877@gmail.com	1154544852	General Pacheco
Escolaridad / Integración escolar	ESC ESPECIAL PUERTA DEL SOL	la_puertadelsol@yahoo.com.ar	2320426406	Jose C Paz
Escolaridad / Integración escolar	COLEGIO DIANOIA SRL	adm.fundarcaminos@gmail.com	42826326	Lomas de Zamora
Escolaridad / Integración escolar	DAL MASCHIO ALICIA	pagos.escuelaportaldelsol@gmail.com	44428387	Tapiales

Fonoaudiología	GASALLA DANIELA ALICIA	danigfono27@gmail.com	1144006501	Adrogué
Fonoaudiología	TEDESCO SILVANA LUISA	ciantalcentro@gmail.com	1166553945	Avellaneda
Fonoaudiología	VISCIARELLI CINTIA LORENA	c.visciarelli@hotmail.com.ar	1133701024	Balvanera
Fonoaudiología	DI STEFANO CECILIA BELEN	cecilia_d07@hotmail.com	1124058112	Beccar
Fonoaudiología	DI NISI DAIANA	fgadaianadinisi@gmail.com	2346580894	Capital Federal
Fonoaudiología	MARCOS CLAUDIA CRISTINA	claucrismarcos@yahoo.com.ar	46410349	Capital Federal
Fonoaudiología	ROUCO ANTONELLA	antonellarouco@gmail.com	1137608769	Ciudadela
Fonoaudiología	ORTIZ GLADIS MARIANA	marianagladis2@gmail.com	1132720992	Laferrere
Fonoaudiología	DI PAOLO LUCIANA	lucianadipaolo7@gmail.com	2268408323	Maipu
Fonoaudiología	ALONSO CAMILA	camila26.alonso@gmail.com	46410349	Mataderos
Fonoaudiología	VELTRI MARIA LORENA	loreveltri@gmail.com	1122985603	Moreno
Fonoaudiología	SOSA SILVIA MILENA	espacio.quindi@gmail.com	1121879819	Pacheco
Fonoaudiología	CASTAGNINO ALICIA MARIA ELENA	azucenaobelar@live.com.ar	48236056	Palermo
Fonoaudiología	TROVATO MARIA LAURA	marialtrovato@hotmail.com	1140675592	Palermo
Fonoaudiología	FIGUEREDO NORA GLADYS	norafigue@live.com.ar	1140392503	Ramos Mejia
Fonoaudiología	GOIRIZ MARIA BELEN	belugoiriz@gmail.com	1168615014	Ramos Mejia
Fonoaudiología	FERNANDEZ ANDREA SUSANA	andreasfernandez@hotmail.com	1163566674	San Fernando
Fonoaudiología	MARQUEZ MARIA FABIANA	fabianamarquez1@hotmail.com	1164858120	San Isidro
Fonoaudiología	GABUTTI MARIA SOL	solgabutti@gmail.com	2664007706	San Luis
Fonoaudiología	LUCERO LOURDES ABIGAIL	lic.lucerolourdes@gmail.com	2664632312	San Luis
Fonoaudiología	MUÑOZ MARTHA NELIDA	marthanelida7@gmail.com	2664716969	San Luis
Fonoaudiología	PAEZ ROSANA MABEL	rosanapaez213@gmail.com	2664613678	San Luis
Fonoaudiología	TONINELLI MARIA GABRIELA	infocentrocite@gmail.com	47384049	San Martin
Fonoaudiología	TONINI CANDELA	toninicanдела@gmail.com	1168479486	San Martin
Fonoaudiología	CAUDO GIULIANA ANTONELLA	giu.caudo@hotmail.com	1133874108	San Martin
Fonoaudiología	BUSTOS NADIA SOLEDAD	fono.nadiabustos@gmail.com	1131940583	San Miguel
Fonoaudiología	EVANGELISTA ELISA ELENA	fonoeli74@hotmail.com	1168307965	San Miguel
Fonoaudiología	FLORES CASTAÑEDA GLADYS ISELA	galyfc@yahoo.com.ar	1167468048	San Miguel
Fonoaudiología	JOJOT FERNANDA SILVINA	fernandajojot@gmail.com	1158404162	San Miguel
Fonoaudiología	LUNA PILAR	pilar.luna@usal.edu.ar	1123941912	San Miguel
Fonoaudiología	MOLINARI ROCIO	ro86molinari@gmail.com	1165160818	Villa Urquiza
Fonoaudiología	VRADECIC ANA MARIA	anafer4@gmail.com	1159351274	Wilde
Formacion Laboral	FORMANDO SA	administracion@sinfronteras.edu.ar	2374031111	Moreno

Formación Laboral	INSTITUTO RECREATIVO TERAPEUTICO ESPECIAL S R L	admi.irte@gmail.com	43120160	Capital Federal
Formacion Laboral /Centro de día	CUATRO AL MORENO S.A.	admsfcentrodedia@hotmail.com	1138833392	Moreno
Integración Escolar	SAN MARTIN JUAN CRUZ -BALLESTER SH	info@institutonhe.com	42964210	Burzaco
Integración Escolar	CETRE SRL	administracion@centrocetre.com.ar	49010935	Capital Federal
Integración Escolar	ETI SALUD SOCIEDAD DE HECHO	etisalud@outlook.com	1162606696	Capital Federal
Integración Escolar	LIPARINI ANA MARIA	administracion@grupozenit.com.ar	45517154	Capital Federal
Integración Escolar	SIMOND MARIA	contable@ailesinclusion.com.ar	1145444014	Capital Federal
Integración Escolar	GONZALEZ FRANCISCO JESUS	deveniresequipoteraeutico@gmail.com	3484310817	Escobar
Integración Escolar	URRIZA MARIA ALEJANDRA	cobranzas@moebiuscentroterapeutico.com	3484420951	Escobar
Integración Escolar	CENTRO ENLACES	centroenlacesfacturacion@gmail.com	1156390083	Garin
Integración Escolar	EN-CAUSAR PSI S.R.L.	facturaciones.encausar@gmail.com	1173621590	Gonzalez Catan
Integración Escolar	BORELLO BENITEZ ALEXIA PAMELA	acompsi@hotmail.com.ar	60618144	Hurlingham
Integración Escolar	INCLUDERE S.R.L.	info.includere@gmail.com	44581875	Moreno
Integración Escolar	TIEMPOS	tiemposinclusion1@gmail.com	1122695818	Moreno
Integración Escolar	AGUIRRE MILAGROS DOLORES Y MORE LEONARDO			
Integración Escolar	DANIEL S.H.	grupotrama@hotmail.com.ar	1165110382	Pablo Nogues
Integración Escolar	CENTRO RIE SRL	facturacion@centrorie.com.ar	1153133465	Ramos Mejia
Integración Escolar	JOFUKYO S.A.	jofukyosa@hotmail.com	1168126332	Ramos Mejia
Integración Escolar	INCIDE SRL	consultas@incide.com.ar	2664857495	San Luis
Integración Escolar	CRianza POSITIVA S.A.S.	crianzapositivaargentinaaie@gmail.com	1139159181	San Martin
Integración Escolar	ASOCIACION PUENTES PARA LA INCLUSION	facturacion@puentesparalainclusion.com	1123385880	Tortuguitas
Integración Escolar	CITARE S.A	citare223@gmail.com	1138594334	Villa Sarmiento
Integración Escolar	FISIKALGROUP S.A.S.	fisikalgrousaie@gmail.com	1131342502	Virrey del Pino
Kinesiología	RAGO SOLEDAD MARIA	soledad.rago@gmail.com	1150491644	Escobar
Kinesiología	FRANZI GISELA LORENA	giselafranzi.24@gmail.com	2664880889	San Luis
Kinesiología	MORBIDONI MARIA ALEJANDRA	alejandramorbidoni@gmail.com	1158204181	San Martin
Kinesiología	CAMELLINI JUAN JOSE	kinesiojuan@gmail.com	1165056651	Temperley
Kinesiología - Motricidad	BAZZANELLI ROLANDO ALEJANDRO	rbazzanelli@gmail.com	1164380279	Grand Bourg
Kinesiología - Motricidad	BERTRAM NOTHNAGEL LYNN	lynnber2312@gmail.com	1160365667	Pacheco
Maestra Integradora	ROLDAN SONIA LORENA	neuronetconsultorios@gmail.com	1123924967	Castelar
Maestra Integradora	GOMEZ PAULA MELINA	paulamelinagomez@gmail.com	3416756677	San Luis
Maestra Integradora	REUS SANDRA MARIELA	reusandrareus@gmail.com	2664575024	San Luis
Musicoterapia	URTUBEY ANA MAGDALENA	magdalenaurtubey@gmail.com	1135991735	Escobar

Musicoterapia	STRAFFURINI NEREA BELEN	nereastraffurini1@gmail.com	1150990722	San Miguel
Psicología	HAMID SANTIAGO AGUSTIN	santiamid97@gmail.com	1141960397	Adrogué
Psicología	RODRIGUEZ LUDMILA MARIEL	rodriguezludmilam@gmail.com	1165513043	Adrogué
Psicología	INCARNATO VERONICA INES	veroincarnato@gmail.com	1166257334	Beccar
Psicología	SOSA NATALIA ROBERTA	natsosa2583@gmail.com	1166012839	Boulogne
Psicología	PERGOLA FLORENCIA MARTINA	florenciapergola@gmail.com	2226542041	Cañuelas
Psicología	GOMEZ MELANY DENISE	melanydgomez@gmail.com	1126678985	Capital Federal
Psicología	MARTINEZ SARA GABRIELA	sarandares@gmail.com	1154643994	Capital Federal
Psicología	RAMOS ALDANA ELIZABETH	aldanaramos07@gmail.com	1167460606	Capital Federal
Psicología	REYNOSO ROCIO ANALI	rareynoso07@hotmail.com	1166672947	Capital Federal
Psicología	ROSCONI ALEJANDRA MARINA	arosconi@gmail.com	46410349	Capital Federal
Psicología	ROSENBLATT DENISE MAGALI	deniserosenblatt@hotmail.com	1165322437	Capital Federal
Psicología	TENUTA IGNACIO	ignaciotenuta@gmail.com	1165198630	Capital Federal
Psicología	ZERBINI SILVIA XIMENA	ximena.zerbini@gmail.com	48628522	Capital Federal
Psicología	NOCEDA SILVANA EDITH	neuronetconsultorios@gmail.com	1148018775	Castelar
Psicología	VILLA TOMAS	admlibreando@gmail.com	1126661967	Castelar
Psicología	CHELLI YAMILA ELISABETH IRENE	yamilachelli@gmail.com	1144120960	Ciudadela
Psicología	MOREIRA MAIRA NOEMI	m.aia09@hotmail.com	3484364995	Escobar
Psicología	PRIETO NAHIR MICHELLE	nahirprieto07@gmail.com	1121749063	Glew
Psicología	FERNANDEZ PAULA	pfernandez.psi@gmail.com	1130761075	Grand Bourg
Psicología	GIMENEZ CAROLINA SOLEDAD	carolasolegimenez@gmail.com	1162874346	Grand Bourg
Psicología	AGUILAR MARIANA ANDREA	maryanaguilar@yahoo.com.ar	1167226619	Isidro Casanova
Psicología	LEZCANO LUCIANA	liclezcanoluciana@gmail.com	1159238379	Jose C Paz
Psicología	MIOTTI NAHUEL SEBASTIAN	lic.miottinahuel@gmail.com	1156634096	Jose C Paz
Psicología	SANCHEZ GABRIELA AYELEN	gabriela_sanchez95@hotmail.com	1162822223	Jose C Paz
Psicología	STEFANELLI FLORENCIA GIULIANA	giuliana.stefanelli@usal.edu.ar	1124580942	Jose C Paz
Psicología	LASTRA JULIETA BELEN	lastra.belen@gmail.com	1159491897	LaFerrere
Psicología	MONFORTE MIRIAN ANDREA	andrea_monforte@hotmail.com	1137623000	Lanus
Psicología	ANSELMINO AGUSTINA INES	anselpico@gmail.com	1124016500	Lomas de Zamora
Psicología	ANSELMINO JUAN IGNACIO	anselminoji@gmail.com	1124016500	Lomas de Zamora
Psicología	VANIN ROMINA PAULA	lic.rominavanin@gmail.com	1124016300	Lomas de Zamora
Psicología	ALFONSO LUCIA	alfonso.lucia17@gmail.com	1154200414	Martinez
Psicología	GUERRIERI GEORGINA MICAELA	guerrierigm@yahoo.com.ar	1161870389	Microcentro

Psicología	MARTINEZ DANIELA CRISTINA	danielamartinez_02@hotmail.com	1165553271	Moreno
Psicología	RAO VALERIA SOLEDAD	valu3004@gmail.com	1132086226	Moreno
Psicología	FERREYRA MARISA SOLEDAD	ferreyramarisoledad@gmail.com	1135764188	Moron
Psicología	NUÑEZ LAURA VERONICA	nunezlaura25@yahoo.com	1157351244	Moron
Psicología	BIGONGIARI LORENA ELISABETH	lorena.bigon@hotmail.com	1131676390	Moron
Psicología	ALIBERTI DIEGO HERNAN	diegoaliberti89@gmail.com	1168543029	Ramos Mejia
Psicología	AGUERO MARINA PAOLA	agueromarina85@gmail.com	2664332449	San Luis
Psicología	CANNARELLA CECILIA ANABEL	cannarella.cecilia@gmail.com	266154329072	San Luis
Psicología	DOMINGUEZ LUCILA IVONNE	lucila.i.dominguez@hotmail.com	1155973071	San Martin
Psicología	GONZALEZ GABRIELA CECILIA	lic_ggonzalez@yahoo.com.ar	47384049	San Martin
Psicología	TORRES IARA SOLEDAD	iaratorrespsp@gmail.com	1162525319	San Martin
Psicología	AIZAWA LUCIA	luliaizawa@gmail.com	1156001847	San Martin
Psicología	ALBORNOZ AGUSTINA CANDELA	albornozagustina@psi.uba.ar	1170299908	San Martin
Psicología	ALONSO DEBORA BEATRIZ	rayuela.interdisciplinario@gmail.com	1136108982	San Martin
Psicología	BALDI LUCIA	luciabaldi6@gmail.com	1153150931	San Miguel
Psicología	DOLORINI MALENA	intersanmiguel@hotmail.com	46672791	San Miguel
Psicología	GOMEZ BARBARA JIMENA	lic.barbarajomez@gmail.com	1157471751	San Miguel
Psicología	LUJAN DANIELA CAROLINA	lic.lujandc@yahoo.com	1173610153	San Miguel
Psicología	NAVARRO CACERES GASTON WALTER	licenciadogastonnavarro@yahoo.com.ar	1166629430	San Miguel
Psicología	NOCEDA CAROLINA ELIZABETH	carolinanoceda@gmail.com	1133521363	San Miguel
Psicología	PIAGGIO GABRIELA VERONICA	tolyacruz@hotmail.com	1141735272	San Miguel
Psicología	RUGGIERI YAMILA BELEN	lic.yamilaruggieri@gmail.com	1164750678	San Miguel
Psicología	VEGA MARIA AGUSTINA	magustina_vega@hotmail.com	1140830709	San Miguel
Psicología	PACIFICO MARIELA LAURA	marielapacifico@yahoo.com.ar	2202433049	Versalles
Psicología	MARIANUCCI BRENDA SOLEDAD	creerconsultorioadm@gmail.com	1138231993	Villa Ballester
Psicología	MARZANO MARIA LAURA	mlauramarzano@gmail.com	1159284608	Villa Ballester
Psicología	FRONTINI AYELEN MARIEL	lic.ayefrontini@gmail.com	1123903492	Wilde
Psicología	CHIRINO PAULA CAROLINA	cchirinopaula@gmail.com	1164817811	William Morris
Psicomotricidad	LARA LUCIA SOLEDAD	juegaydejajugar@gmail.com	1167209492	Capital Federal
Psicomotricidad	LUNA LAURA VALERIA	lauravalerialuna@gmail.com	1136544670	Moreno
Psicomotricidad	GRAZIANI ISABEL	grazianiisa@hotmail.com	1164733826	Moron
Psicomotricidad	ABERASTAIN EDUARDO DANIEL	sol8573@yahoo.com.ar	2664256207	San Luis
Psicomotricidad	DIAZ FLAVIA LUCIA	flaviadiazpsm@gmail.com	2664707423	San Luis

Psicomotricidad	GALVEZ ROMINA	rominagalvezpsm@gmail.com	1159721358	San Martin
Psicomotricidad	LEOTTA GEORGINA MILAGROS	georginaleotta@gmail.com	1136724312	San Miguel
Psicopedagogía	MASUELLI NORA ALEJANDRA	nora.masuelli@hotmail.es	1169012064	Adrogué
Psicopedagogía	MONTERO FERNANDO ADRIAN	famontero2003@yahoo.com.ar	1138300754	Burzaco
Psicopedagogía	BARRIOS VIVIANA ELIZABETH	psicopedagogiavivianabarrios@gmail.com	1155084205	Capital Federal
Psicopedagogía	BOLDU RIOS LEILA ROCIO	lei.boldu97@gmail.com	1141589506	Capital Federal
Psicopedagogía	BORGES PEREZ ALEJANDRO JOSE	lic.alejandroborges@gmail.com	1162291099	Capital Federal
Psicopedagogía	CASANOVAS MARIA CECILIA	cecnavarrine@gmail.com	1141759506	Capital Federal
Psicopedagogía	GONZALES CHAVES PILAR INES	pilarinesgch@hotmail.com	1158034520	Capital Federal
Psicopedagogía	GUIÑAZU ANGELA ESTHER	estherpsico2014@gmail.com	46410349	Capital Federal
Psicopedagogía	SURRA MARIA JOSE	majosurra94@gmail.com	1133701024	Capital Federal
Psicopedagogía	GIUBILATO LILIANA	neuronetconsultorios@gmail.com	1154010921	Castelar
Psicopedagogía	CHIOMINTO ANTONELLA ISABEL	antochiomi@gmail.com	1140316949	Escobar
Psicopedagogía	PALACIO CAROLINA	caropalacio85@gmail.com	1168213352	Escobar
Psicopedagogía	LEFEBVRE MARIA	marialefebvre@hotmail.com	1154089425	Florida
Psicopedagogía	CONCARO STELLA MARIS	stella.concaro@hotmail.com	348911574062	Garin
Psicopedagogía	CACERES CHENA ESTEFANIA CECILIA	estefaniacaceresc@gmail.com	1158057014	Glew
Psicopedagogía	ALZOGARAY BRENDA GISELLE	brendagalzogaray@gmail.com	1170615954	Grand Bourg
Psicopedagogía	ODERDA ANDREA Yael	yael.oderda@hotmail.com	1157514163	Haedo
Psicopedagogía	CORDERO LORENA PAULA	lorenacorderopsicope@gmail.com	1164380279	Jose C Paz
Psicopedagogía	CORONEL MYRIAM ALEJANDRA	myrilu07@gmail.com	1154663501	Jose C Paz
Psicopedagogía	CORONEL SOL GABRIELA	sol.coronel_@hotmail.com	1135015772	Jose C Paz
Psicopedagogía	MIOTTI GUILLERMO GABRIEL	gmiotti@hotmail.com	2320333454	Jose C Paz
Psicopedagogía	BRAVO ROMINA ALEJANDRA	psp.rominabravo@gmail.com	1123803845	LaFerrere
Psicopedagogía	RAMOS MIRIAM KARINA	lic.ramos@cordis.org.ar	1153431331	LaFerrere
Psicopedagogía	OBRESA CARLA REBECA	carlaobresa3@hotmail.com	1159366322	Martinez
Psicopedagogía	AGUIRRE TAMARA ELIZABET	tamara_aguirre@live.com.ar	1153898915	Moreno
Psicopedagogía	LAGINESTRA BARBARA ANTONELA	barbaraantonelalaginestra@gmail.com	1153397084	Moreno
Psicopedagogía	TOSCO NATALIA LAURA	nataliatosco4@gmail.com	1156136604	Moreno
Psicopedagogía	RUIZ MARINO SHEILA	admlibreando@gmail.com	1126661966	Moron
Psicopedagogía	BRIZUELA MARIA CECILIA	mcbrizuela27@gmail.com	1168543029	Ramos Mejia
Psicopedagogía	LAUMAN PAOLA CECILIA ELIZABETH	ceciliaelizabethl@hotmail.com	1130817027	Ramos Mejia
Psicopedagogía	FERNANDEZ MARIA LUJAN	fernandezlujan@hotmail.com	1145084708	San Martin

Psicopedagogía	PAREDES MARIA RITA LORENA	lorena.psicope@gmail.com	1163033929	San Martin
Psicopedagogía	APARICIO MICAELA ANAHI	psicopedagogamicaela@gmail.com	1164480104	San Martin
Psicopedagogía	AQUINO SORAYA ROCIO	rayuela.interdisciplinario@gmail.com	1136108482	San Martin
Psicopedagogía	CASCO CAROLINA	cascocl172@gmail.com	1169695482	San Martin
Psicopedagogía	DI SPIRITO GIULIA BELEN	dispiritogiuli@gmail.com	1131208995	San Martin
Psicopedagogía	ACEVEDO NATALIA PAOLA	nataliaacevedo2323@yahoo.com	1150405388	San Miguel
Psicopedagogía	ARREDONDO PETRONA DEL CARMEN	arredondocarmen8@gmail.com	1169670339	San Miguel
Psicopedagogía	BIANCHI MARIELA SABRINA	psp.marielabianchi@gmail.com	1139033780	San Miguel
Psicopedagogía	CEJAS YANINA VANESA	ycejas2019@gmail.com	1124521105	San Miguel
Psicopedagogía	FIORENZA LUCIA	lufiorenta@hotmail.com	1138742845	San Miguel
Psicopedagogía	FRIAS GABRIELA BELEN	gabrielabelenfrias@gmail.com	1132070240	San Miguel
Psicopedagogía	GALARZA GRISELDA ELIZABETH	grieldapsicopedagoga.bsas@yahoo.com.ar	1140446181	San Miguel
Psicopedagogía	MONDOVI PAOLA FERNANDA	lic.mondovipaola@gmail.com	1169670339	San Miguel
Psicopedagogía	QUAGLIATA AGUSTINA	intersanmiguel@hotmail.com	46672791	San Miguel
Psicopedagogía	SASSONE MARIA FLORENCIA	intersanmiguel@hotmail.com	1165795608/4667-2791	San Miguel
Psicopedagogía	LAPADATOFF ANDREA FABIANA	lapadatoffandrea@gmail.com	1154596488	Tigre
Psicopedagogía	MONTENEGRO PAULA DELFINA	montenegro.p@usal.edu.ar	1123384335	Villa Ballester
Psicopedagogía	OLIVERA EVELYN GEORGINA	oliveraevelynpsp@hotmail.com	1138104590	Virrey del Pino
Psicopedagogía	SAN MIGUEL HOFFMAN VANESA LORENA	vanesa.sanmiguel14@gmail.com	1140472483	Wilde
Psicopedagogía	MANGANO MARIA VICTORIA	pspmangano@gmail.com	1162098421	William Morris
Rehabilitación	CENTRO DE DIA LA CASABELLA S.R.L	cuentas@centrocasabella.com.ar	46666457/ 1124005880	Bella Vista
Rehabilitación	CENTRO INT. DE REHABILITACION INTEGRAL	mmolinari@rehabilitacionintegral.com.ar	1152635006	El Talar
Rehabilitación	CENTRO DE REHABILITACION LIMA S.R.L.	centrolimasrl@gmail.com	1123476928	Isidro Casanova
Rehabilitación	CENTRO DE RECREACION Y EDUCACION ESPECIAL C R E E ASOCIACION	facturacionycobros@creemoreno.com.ar	2374633314	Moreno
Rehabilitación	CRE FIM SRL	contablecrefim@hotmail.com	2374632807	Moreno
Rehabilitación	ANFI SALUD SRL	facturacion@anfisalud.com.ar	4628-0172/15-3376-7322	Moron
Rehabilitación	CENTRO DE REHABILITACION PEQUEÑOS SUEÑOS	prestacionescrps@gmail.com	1169003433	San Miguel
Rehabilitacion	ESPACIO CARPE DIEM SRL	facturacion@espaciocarpediem.com.ar	1127070855	Pilar
Rehabilitación / Integración escolar	EITI MORENO S.R.L	smcoca@yahoo.com.ar	1151740626	Moreno
Rehabilitación / Integración escolar	CENTRO PSICOTERAPEUTICO BUENOS AIRES S.A	contablecpbasm@gmail.com	2323554680	Moreno
Rehabilitación / Integración escolar	DI CAPACIDAD S.A.	facturacion@di-capacidad.com	2304483344	Pilar
Rehabilitación / Integración escolar	CENTRO DE SALUD Y NEURODESARROLLO INFANTOJUVENIL NIDO S.R.L.	facturacion@centronido.com.ar	21315394 /1159442760	Remedios de Escalada

Rehabilitación / Integración escolar	INDOOR GARDENS	secretariaindoorgardens@gmail.com	2664542787	San Luis
Terapia ocupacional	ACHAGA AGUSTINA ANTONELLA	agustinaanto99@gmail.com	1123249217	Adrogué
Terapia ocupacional	DI STEFANO DANIELA ETHEL	dist_dani@hotmail.com	1140364911	Beccar
Terapia ocupacional	GONZALEZ BENTANCOR VERONICA ANDREA	veronica-gonzalez@live.com.ar	2226476368	Cañuelas
Terapia ocupacional	AZCURRA MARCELA VERONICA	marveaz@gmail.com	1155297814	Capital Federal
Terapia ocupacional	CRUZ SILVINA MARIA	to.silvinamcruz@gmail.com	46410349	Capital Federal
Terapia ocupacional	FALCON MIGUEL ANGEL	mangelfalcon94@gmail.com	1166033377	Capital Federal
Terapia ocupacional	GARCIA MANSILLA FELICITAS	feligarciamansilla@gmail.com	1150278545	Capital Federal
Terapia ocupacional	TORRES MARTIN ALEJANDRO	licmartintorres58@gmail.com	1138845638	Caseros
Terapia ocupacional	VILLEGAS BRITO ANDREA CAROLINA	andrevillegas1204@gmail.com	1127033873	Ciudadela
Terapia ocupacional	DURAÑONA CAROLINA	caaro.du@hotmail.com	1133932614	Don Torcuato
Terapia ocupacional	DUAIP AGOSTINA IARA	agostinaiaraduaip@gmail.com	1155780382	Escobar
Terapia ocupacional	SIDERO NATALIA CELESTE	nataliacsidero@yahoo.com.ar	4450-1081/11-5-039-5386	Hurlingham
Terapia ocupacional	ARAVENA PATRICIA MARCELA	archivopatricia2003@yahoo.com.ar	1132864517	Ituzaingo
Terapia ocupacional	ERMOSI CINTIA DANIELA	cintiaermosi@gmail.com	1162367124	Jose C Paz
Terapia ocupacional	GALARCE MARIA PIA	mariapiagalarce@gmail.com	226811404792	Maipu Malvinas Argentinas
Terapia ocupacional	MUNTON MARTIN ALEJANDRO	lic.muntonmartin@gmail.com	1122965982	Moron
Terapia ocupacional	GAVOTTI AGUSTINA	admlibreando@gmail.com	1126661966	Pacheco
Terapia ocupacional	ALCIBAR FATIMA	falcibarm@gmail.com	47368093	Pacheco
Terapia ocupacional	MASI LUCILA SOLANGE	luucilamasi@gmail.com	1132829808	Pacheco
Terapia ocupacional	ROJO POLERO SOLANA	solanarojop@gmail.com	1164380279	Pacheco
Terapia ocupacional	BORDA VERONICA CLAUDIA	bordavero@gmail.com	1137385495	San Luis
Terapia ocupacional	CABRINI PAMELA LAURA	pamela_cabrini@hotmail.com	2664878881	San Luis
Terapia ocupacional	MONTIVERO CAMILA	camilamontiverot.o@gmail.com	3827403627	San Luis
Terapia ocupacional	PELUSO CONSTANZA SOFIA	coni.peluso@gmail.com	1136108482	San Martin
Terapia ocupacional	Amalfitano Romina	romyna.amalfitano@gmail.com	1162525319	San Martin
Terapia ocupacional	BATTILANA SICUSO GUADALUPE	guadabatt@gmail.com	1167282783	San Martin
Terapia ocupacional	BAJO ANA MANUELA	intersanmiguel@hotmail.com	1165795608	San Miguel
Terapia ocupacional	GALVAN ANDREA EDIT	andreagalvan_79@yahoo.com.ar	1150430796	San Miguel
Terapia ocupacional	VALENZUELA VALENTINA	valentinamariavalenzuela@gmail.com	2944416264	San Miguel
Terapia ocupacional	WENDT BARBARA NOELIA	intersanmiguel@hotmail.com	1165795608	San Miguel
Terapia ocupacional	SANTINI SOFIA ANTONELLA	to.sofiasantini@gmail.com	1139553270	Villa Ballester

Terapia ocupacional	AGUILERA MARIELA ELIZABETH	aguilera.mariela.e@gmail.com	1134541646	Virrey del Pino
Terapia ocupacional	CARRETTINI IARA	<u>CARRETTINI IARA@YAHOO.COM.AR</u>	1156464432	Virrey del Pino
Terapia ocupacional	GODOY SABRINA LUCIANA	caprisa21@gmail.com	1164949354	Wilde
Transporte	BASCHER FLORENCIA BELEN	transporte.good.cars@gmail.com	1165959932	Billinghurst
Transporte	COMBIGOS S.R.L.	<u>alcoletransporte@gmail.com</u>	47273752	Capital Federal
Transporte	PEREZ KAISER GUSTAVO ENRIQUE	remisesfuturo@gmail.com	49773988	Capital Federal
Transporte	TRANSPORTES ALCA	<u>info@transportesalca.com.ar</u>	790-6970/1169957368 alejandro	Capital Federal
Transporte	MAIDANA SILVIA NOEMI Y GRASSO MAXIMILIANO PAOLO	transportenorte2017@hotmail.com	1135578660	Caseros
Transporte	KINDER TRAVEL S.A.	info@kindertravel.com.ar	1146589520	Ciudadela
Transporte	SIRI GUSTAVO MARCELO	<u>g_marcelo_s@hotmail.com</u>	1153692256	Florida
Transporte	BAMBIKIAN DIEGO OMAR	diegobambikian6@gmail.com	1169672891	Grand Bourg
Transporte	MODO INCLUSION S.R.L.	<u>cesar@bocos.com.ar</u>	1130717554	Grand Bourg
Transporte	GODOY CLAUDIO FABIAN	<u>transportetalis@hotmail.com</u>	1144482573	Jose C Paz
Transporte	RONGO ANDREA VERONICA	<u>planillaspro@gmail.com</u>	1132071697	Jose C Paz
Transporte	LUCERO ADRIANA HORTENSIA	transportebelta@outlook.com	1158647609	Moreno
Transporte	ORELLANA ROBERTO CARLOS	<u>sanycarl@hotmail.com</u>	1141623676	Moreno
Transporte	PACHECO CONTRERAS FRANCO ROBERTO	<u>francopachecocontreras@hotmail.com</u>	1169803229	Moreno
Transporte	TRANSPORTE ESPECIAL TRES REINAS	<u>transporteespecial3@gmail.com</u>	1153876711	Moreno
Transporte	SARNO ANDREA SILVANA	transportegrecia@gmail.com	1134779292	Moron
Transporte	NUÑEZ VALENTIN EZEQUIEL	<u>alevalensaul@hotmail.com</u>	1125793700	Pacheco
Transporte	PATERNOSTER VERONICA ANDREA	veronicapaternoster77@gmail.com	1135876251	Pacheco
Transporte	TRANSPORTE DOUCET HNOS SRL	administracion@cetrans.com.ar	1161421477	Pacheco
Transporte	GARCIA ARANDA CESAR DIONISIO	<u>lasdosa@yahoo.com.ar</u>	1160953225	Rafael Calzada
Transporte	OLMOS MONICA BEATRIZ	transporte.luben@gmail.com	1136048396	Rafael Calzada
Transporte	BARRIO SANTIAGO	<u>sb_transporte@hotmail.com</u>	1150289165	San Fernando
Transporte	STRANGIS JUAN JOSE	<u>transportemiilusion@gmail.com</u>	1131192890	San Fernando
Transporte	JELUTO S. R. L.	<u>mariadelcarmenpette@gmail.com</u>	2664793255	San Luis
Transporte	APARICIO CINTHIA VIVIANA	<u>admbanco@hotmail.com</u>	1139452400	San Martin
Transporte	OJEDA CLAUDIO ISAURO	<u>ojedaclaudio145@gmail.com</u>	320422412	San Miguel
Transporte	PEREYRA MIGUEL ANGEL	pblanco68@hotmail.com	1168805548	San Miguel
Transporte	D ALESSANDRO KARINA MARIA	<u>kamada73@live.com.ar</u>	1168792289	Tortuguitas
Transporte	TRASLADOS EZ S.R.L.	<u>trasladoez@gmail.com</u>	1140454948	Virrey del Pino

Descripción del modo y periodicidad de la comunicación de toda modificación que signifique un cambio en la cartilla, ya sea en cuanto a su contenido u operatividad.

Todo cambio o modificación en la cartilla se notificará oportunamente a los beneficiarios a través de los Delegados, quienes según las características geográficas y demográficas implementarán los instrumentos que permitan la comunicación personalizada en tiempo y forma.

Las actualizaciones son publicadas en la página web de la Obra Social (www.ospap.org.ar/cartilla/). También pueden ser consultadas en las Sede Central o en el Centro de Atención Telefónica 0810-333-4683 las 24hs. del día, los 365 días del año.