



Instructivo Discapacidad 2025

El presente instructivo detalla las pautas y requisitos que deben presentar los beneficiarios para poder dar curso a un nuevo tratamiento.

Se recuerda que el ingreso de la documentación NO implica en si misma su autorización, ya que esta se encuentra sujeta al análisis y la evaluación que realice el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

Toda la documentación requerida por el sector de Programas Especiales para solicitar la cobertura de prestaciones por Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones emanadas de Normativas vigentes.

Ud. verá que dentro del presente instructivo encontrará primeramente los requisitos del afiliado y del médico que es común a todas las prestaciones y luego se encuentra dividido según prestaciones de rehabilitación, educativas y transporte. Solo deberá presentar la documentación requerida en las prestaciones que solicita.

Cómo debe presentarse la documentación?



**La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo por foto o escaneada, por medios digitales al email:
discapacidad@jt.com.ar**

La documentación que no es legible o que el equipo de auditoría crea que no va a poder ser presentada ante Superintendencia de Servicios de Salud será motivo de rechazo y deberán presentar nuevamente sin excepciones.

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.

Será responsabilidad del equipo multidisciplinario del de la Obra Social autorizar las prestaciones considerando los siguientes criterios:

- a) Si se solicita Transporte, la Justificación de la imposibilidad de usar transporte público presentada en la prescripción.**
- b) Selección de profesionales e instituciones existentes en nuestra cartilla y correctamente registrados.**
- c) Priorización de prestadores más cercanos al domicilio del paciente.**
- d) Evaluación y minimización de los tiempos de traslado, especialmente en casos de prestaciones recurrentes semanales y de diferentes tipos de Apoyo Terapéutico.**

El equipo multidisciplinario deberá aplicar estos criterios en la medida de las circunstancias, buscando evitar tiempos exagerados de traslado que puedan impactar negativamente en el tratamiento del paciente.

- e) Esta autorización estará sujeta a revisiones periódicas para asegurar que sigue siendo la opción más adecuada para las necesidades del paciente y la eficiencia del servicio.**

Documentación del socio

- 1- Ficha de Encuesta Social (Adjunta).
- 2- Fotocopia del DNI del beneficiario y el titular. (Frente y dorso).
- 3- Fotocopia de la credencial del beneficiario y del titular (Sujeto a vigencia de padrón).
- 4- Fotocopia de los tres últimos comprobantes de pago en caso de ser Monotributistas.
- 5- Fotocopia de certificado de discapacidad VIGENTE autenticada por autoridad competente.
- 6- Consulta de empadronamiento en ANSES que se encuentre actualizada (CODEM) en el mismo deberá figurar el afiliado como discapacitado..
- 7- Autorización a la Obra Social (Planilla Adjunta).

Documentación emitida por el médico:

- 1- Resumen de Historia Clínica. (Planilla Adjunta).
- 2- Pedidos Médicos. (Planilla Adjunta).

IMPORTANTE:

La documentación anterior debe confeccionarse teniendo en cuenta los formularios entregados por la obra social y detallada a continuación, sin excepción.

La fecha de emisión debe ser anterior al inicio de la prestación y el período solicitado para el servicio requerido.

Estas prescripciones NO pueden ser realizadas por un medico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones.

Deben ser completados por médico *Neurólogo o Fisiátra*.

Prestaciones de rehabilitación ambulatoria

Definición: Está destinada a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

Cada módulo comprende los siguientes tipos de atención:

- Fisioterapia - Kinesiología.
- Terapia ocupacional.
- Psicología.
- Fonoaudiología.
- Psicopedagogía.
- Psicomotricidad
- Otros tipos de atención reconocidos por la autoridad competente.

Modalidad de cobertura:

a) Módulo de tratamiento integral intensivo: Deberán distribuirse las distintas especialidades en tres días de la semana.

b) Módulo por tratamiento integral simple: Deberán distribuirse las especialidades en dos días a la semana.

Además de la documentación del socio y del médico que es común a todas las prestaciones, deberán presentar los siguientes requisitos:

Documentación emitida por el prestador

1- 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, firmado por el prestador.

En el mes de julio del año 2025 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre. (Hoja separada del resto de la documentación, y debe ser un informe por prestación).

2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación). Se completa una por cada especialidad que conformen el módulo.

3- Instituciones categorizadas:

- * Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación,
- * Fotocopia de categorización emitida por Junta de Discapacidad,
- * Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
- * Constancia de AFIP vigente.

5- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta). Uno por especialidad.

6- Para ambos casos constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o impresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU deben estar a nombre del prestador que emite la factura. Deberá ser legible sino no se podrá recibir y será rechazada.

7- Consentimiento informado. Planilla adjunta Especialidades en caso de ser prestadores particulares, si la rehabilitación se realiza en un centro categorizado planilla adjunta Instituciones.

Módulo Centro Educativo - Terapéutico:

Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades. Puede requerir dependencia.

Qué modalidades presenta ?

Los módulos de centro educativos terapéuticos se brindan diariamente en Jornada simple o Doble, de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando el CET funcione como apoyo específico para los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contra turno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales.

Qué es la dependencia y formulario FIM ?

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

La escala FIM debe ser confeccionada por profesional idóneo, es decir, un Lic. en Terapia Ocupacional. No se aceptarán escalas FIM que hayan sido completadas por otros especialistas.

El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 (seis) años de vida con escala FIM, antes se debe hacer con escalas específicas.

El FIM no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.

Además de la documentación del afiliado y el médico que es común a todas las prestaciones deberá presentar:

Documentación del prestador

1- Evaluación inicial. Solo si es una nueva prestación para el afiliado En el mes de julio del año 2025 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre. (Hoja separada del resto de la documentación).

2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación).

3- Instituciones Categorizadas:

- * Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación.

- * Fotocopia de Categorización emitida por Junta de Discapacidad.

- * Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).

- * Constancia de AFIP vigente.

4- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta). Recordar que se deberá especificar si es Jornada Simple o Doble, categoría del centro (A - B - C) y si requiere o no dependencia.

5- Escala FIM si se solicita dependencia. Planilla adjunta

6- Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o impresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU debe estar a nombre del prestador que emite la factura

7- Consentimiento informado. (Planilla Adjunta Instituciones).

Módulo de Estimulación Temprana:

Definición: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.

Qué población abarca ?

Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.

Quiénes pueden brindar la prestración?

Centros de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.

Además de la documentación del afiliado y el médico que es común a todas las prestaciones deberá presentar:

1- Evaluación inicial. En el mes de julio del año 2025 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre. (Hoja separada del resto de la documentación).

2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación).

3- Instituciones Categorizadas:

- * Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación.
- * Fotocopia de Categorización emitida por Junta de Discapacidad.
- * Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
- * Constancia de AFIP vigente.

4- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta).

5- Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o impresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU debe estar a nombre del prestador que emite la factura.

RECORDAR:

De 0 a 1 año la estimulación temprana es cubierta por el Plan Materno Infantil PMI

Prestaciones educativas

Educación inicial

Definición: Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la Escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.

Educación General Básica

Definición: Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escolar especial o común.

Formación Laboral

Definición: Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos especiales competentes en la materia.

La población autorizada son adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y 24 años de edad cronológica aproximadamente. Las personas discapacitadas entre los 24 y 45 años de edad, con discapacidad adquirida después de esa edad, podrán beneficiarse de la Formación Laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años..

Además de la documentación del afiliado y el médico que es común a todas las prestaciones deberá presentar:

Documentación del prestador

1- Evaluación inicial Solo si es una Prestación Nueva para el afiliado. En el mes de julio del año 2025 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre (Hoja separada del resto de la documentación).

2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación).

3- Instituciones Categorizadas:

- * Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación.
- * Fotocopia de Categorización emitida por Junta de Discapacidad.
- * Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
- * Constancia de AFIP vigente.

4- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta).

5- Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o impresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU debe estar a nombre del prestador que emite la factura.

6- Consentimiento informado. (Planilla adjunta Instituciones).

Apoyo a la Integración escolar (equipo) - Maestro de Apoyo

Definición: Proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Qué diferencia hay entre Integración escolar en equipo y un Maestro de apoyo ?

La diferencia es que mientras a la Integración escolar en equipo es brindada por equipos técnicos interdisciplinarios, conformados por profesionales y docentes especializados en el apoyo pedagógico dentro de un centro habilitado, el módulo maestro de apoyo es brindado por un Licenciado en Psicopedagogía de forma particular.

Qué población abarca ?

Abarca una población entre los 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

los módulos tienen un mínimo de horas ?

Sí, el módulo de integración escolar en equipo implica una carga horaria mínima de 32 hs. mensuales. Mientras el módulo maestro de apoyo tiene un mínimo de 24 hs, mensuales, si esta carga horaria es menor se considerará la prestación a valor hora de Maestro de Apoyo.

RECORDAR:

Tanto la constancia de Alumno Regular como el acta acuerdo, deberán ser presentadas dentro de los 60 días corridos a partir del inicio del período lectivo. Sin excepciones

Además de la documentación del afiliado y el médico que es común a todas las prestaciones deberá presentar:

Documentación del prestador

1- Evaluación inicial. En el mes de julio del año 2025 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre. (Hoja separada del resto de la documentación).

2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación).

3- Proyecto Pedagógico Individual (PPI).

4- Acta Acuerdo (Planilla Adjunta). Deberá ser firmada en original por un representante de la institución a cargo de la Integración escolar, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el padre o madre del socio (todas las firmas y sellos en original).

5- Instituciones Categorizadas:

* Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación.

* Fotocopia de Categorización emitida por Junta de Discapacidad.

* Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).

* Constancia de AFIP vigente.

- Psicopedagoga particular:

* Fotocopia de DNI (Primera y segunda hoja), Fotocopia de Título habilitante.

. En caso de Maestra de Apoyo, Análítico con materias aprobadas además del Título.

* Fotocopia de Póliza de Seguro de Mala Praxis.

* Constancia de AFIP vigente.

* Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).

6- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta).

7- Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o impresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU debe estar a nombre del prestador que emite la factura.

8- Consentimiento informado. (Planilla adjunta Instituciones).

Información importante

1

¿SE ACEPTA DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA?

No, bajo ningún concepto se receptará documentación incompleta, mal confeccionada, enmendada. Cualquier inconsistencia detectada con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente al actor responsable y el expediente quedará stand-by hasta su corrección

2

¿QUÉ DEBO HACER SI SE SUSPENDE EL TRATAMIENTO?

Cuando un beneficiario no lleve a cabo su tratamiento conforme a lo autorizado deberá notificarse a la obra social por escrito el/los motivos de la suspensión

3

¿PUEDO COMENZAR EL TRATAMIENTO Y QUE ME LO AUTORICEN DESPUÉS?

No, la Obra Social solo brindará cobertura a los tratamientos a partir del momento en que se encuentren autorizados. En ningún caso se cubrirán tratamientos previos ya iniciados.

Centro de Orientación y/o Coordinación de Servicios

Los afiliados pueden evacuar sus dudas, consultar instructivos o coordinar cita:

Centro Médico OSPJTAP: Caseros 636

Email: discapacidad@jt.com.ar

Whatsapp: +54 9 3518 19-7553

Procedimiento para consulta con equipo interdisciplinario

Los afiliados deben enviar un email a discapacidad@jt.com.ar o dirigirse personalmente a Centro Médico OSPJTAP ubicado en Caseros 636 para poder coordinar entrevista con equipo interdisciplinario de la institución.

Procedimiento para Autorizaciones de Discapacidad

La Res. N° 1731/2021 de la SSSalud publicada en el Boletín Oficial establece las pautas para la presentación de solicitudes de prestaciones para las personas con discapacidad, ante los Agentes del Seguro de Salud y/o Entidades de Medicina Prepaga para el año 2025. De acuerdo a la misma se establece que el procedimiento para las autorizaciones de un tratamiento de Discapacidad es el siguiente: El afiliado debe enviar el instructivo de Discapacidad con todos sus requisitos completos por email a discapacidad@jt.com.ar luego el legajo comienza la instancia de Auditoría por el equipo interdisciplinario y si es aprobado se envían por Email las autorizaciones firmadas para que el afiliado pueda comenzar su tratamiento.

Por donde se realizan comunicaciones de cambios de cartilla o en la operatividad ?

Los cambios y/o actualizaciones en cartilla o en la operatividad del área se informan periódicamente en nuestra página web

<https://ospjtap.com.ar/>

en donde pueden descargarse las cartillas actualizadas y visualizar cualquier tipo de cambio que afecte a la operatividad del área

PRESCRIPCIÓN MÉDICA

Apellido y nombre:

DNI:

Diagnóstico:

Indicación médica:

Periodo:

Fecha:

(Firma y sello médico tratante)



RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Paciente: _____ DNI: _____

Diagnóstico: _____

Antecedentes de salud: _____

Antecedentes educativos/terapéuticos/laborales/etc.: _____

Evolución del último año de tratamiento: _____

HOJA 2

Estado Actual: _____

Medicación: _____

Plan terapéutico: _____

Firma y Sello
del profesional tratante

Firma y Sello
del médico auditor



CONFORMIDAD PRESTACIONAL OSPJTAP

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

Yo.....con Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que a continuación se detallan y dejo constancia que me han explicado en términos claros y adecuados , comprendiendo las alternativas disponibles .

1. **Prestación:**

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

2. **Prestación:**

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

3. **Prestación:**

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

4. **Prestación:**

Prestador:

Período de la prestación: desde hasta

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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

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

Firma:.....

Aclaración:

Documento:



FIM (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

Córdoba.....de.....de

Datos de Identificación

Obra Social O.S.P.J.T.A.P(RNOS:002402)

Apellido y Nombre.....

DNI.....Edad.....Sexo.....

Diagnostico.....

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoria, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoria en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

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

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCAUIDADO	
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERA	
	COMUNICACIÓN	
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	



PRESUPUESTO MÓDULO: APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR - MAESTRA/O DE APOYO

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Período:

Año:

Cantidad de horas mensuales:

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:

Teléfono:

Email:

CUIT:

Domicilio:

Actividad áulica

Escuela común:

Domicilio:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello responsable:**Consentimiento**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:**Aclaración:****DNI:**

PRESUPUESTO MÓDULO INTEGRAL SIMPLE / INTENSIVO

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación

Módulo Integral Simple:

Módulo Integral Intensivo:

Prestaciones a brindar: (aclarar sesiones semanales de cada una)

1-

2-

3-

4-

5-

Período:

Año:

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:

Teléfono:

Email:

CUIT:

Domicilio de la prestación:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:



PRESUPUESTO PRESTACIONES INSTITUCIONALES

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación

Modalidad prestacional a brindar:

Jornada Simple:

Jornada Doble:

Categoría

A:

B:

C:

Alimentación

Si:

No:

Dependencia

Si:

No:

Período:

Año:

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:

Teléfono:

Email:

CUIT:

Domicilio de la prestación:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Desde					
Hasta					

Firma, aclaración y sello responsable:**Consentimiento**

Por la presente dejo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:**Aclaración:****DNI:**

PRESUPUESTO PRESTACIONES PROFESIONALES AMBULATORIAS

Lugar de emisión:

Fecha:

Datos del afiliado

Nombre y apellido:

DNI:

Datos de la prestación

Prestación/Especialidad:

Período:

Año:

Cantidad de sesiones mensuales:

Monto por sesión:

Monto mensual:

Datos del prestador

Nombre y apellido/Razón social:

Teléfono:

Email:

CUIT:

Domicilio de la prestación:

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Desde						
Hasta						

Firma, aclaración y sello responsable:

Consentimiento

Por la presente deixo constancia de mi consentimiento al programa de prestaciones descripto precedentemente al beneficiario:.....DNI.....

Firma beneficiario o representante:

Aclaración:

DNI:



CONSTANCIA

Dejo constancia que
en carácter dedel afiliado/a.....
..... he retirado o recibido en el día de la fecha los
instructivos para cumplimentar con la documentación necesaria
para llevar a cabo el tratamiento correspondiente en el año 2025.

Firma.....

Aclaración

DNI

Fecha



Instructivo de Transporte 2025

El presente instructivo tiene como finalidad, brindar a nuestros afiliados la documentación requerida para solicitar la cobertura de traslados incluida en el Sistema de Prestaciones Básicas a favor de Personas con Discapacidad.

Se recuerda que el ingreso de la documentación NO implica en si misma su autorización, ya que esta se encuentra sujeta al análisis y la evaluación que realice el Equipo Interdisciplinario de Auditoría en Discapacidad de la Obra Social.

Toda la documentación requerida por el sector de Discapacidad para solicitar la cobertura de prestaciones por Discapacidad está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones emanadas de Normativas vigentes.

**El instructivo de Traslados podrá ser SOLICITADO AL EMAIL
discapacidad@jt.com.ar
AL MISMO EMAIL DEBERÁN ENVIAR TODOS LOS REQUISITOS COMPLETOS para su
autorización. Solo se aceptan instructivos completos y en formato digital**

IMPORTANTE

De acuerdo a la nueva Resolución 1743/2024

1. En la prescripción inicial, se deberá justificar la imposibilidad de la persona con discapacidad para movilizarse en transporte público.
2. Será responsabilidad del equipo multidisciplinario del Agente de Seguro de Salud autorizar las prestaciones, considerando los siguientes criterios:
 - a) Justificación de la imposibilidad de usar transporte público presentada en la prescripción.
 - b) Selección de profesionales e instituciones existentes y correctamente registrados.
 - c) Priorización de prestadores más cercanos al domicilio del paciente.
 - d) Evaluación y minimización de los tiempos de traslado, especialmente en casos de prestaciones recurrentes semanales y de diferentes tipos de Apoyo Terapéutico.
3. El equipo multidisciplinario deberá aplicar estos criterios en la medida de las circunstancias, buscando evitar tiempos exagerados de traslado que puedan impactar negativamente en el tratamiento del paciente.
4. Esta autorización estará sujeta a revisiones periódicas para asegurar que sigue siendo la opción más adecuada para las necesidades del paciente y la eficiencia del servicio. La prescripción de la prestación deberá ser evaluada y autorizada por el equipo interdisciplinario del Agente del Seguro de Salud, la cual deberá constar en el legajo.

DOCUMENTACIÓN DEL SOCIO

- 1- Fotocopia del DNI del beneficiario y el titular. (Frente y dorso).
- 2- Fotocopia de los tres últimos recibos de haberes mensuales (Empleados en relación de dependencia). Fotocopia de los tres últimos comprobantes de pago (Monotributistas)
- 3- Fotocopia de certificado de discapacidad.
- 4- Consulta de empadronamiento en ANSES que se encuentre actualizada (CODEM). Deberá figurar el afiliado como discapacitado.
- 5- Constancia de alumno regular del año en curso emitida a la Obra Social. En caso de no encontrarse escolarizado deberá presentar Anexo correspondiente. Tienen plazo hasta el 31 de Marzo del 2025.
- 6- Conformidad. (Planilla Adjunta).
- 7- Certificado de Domicilio expedido por la policía.

Documentación emitida por el médico:

- 1- Solicitud del médico tratante que incluya además de los datos personales del beneficiario los siguientes datos: si el traslado será con o sin dependencia, el origen y destino del recorrido, frecuencia del servicio y período por el cual se llevara a cabo. (Planilla Adjunta)
- 2- Formulario para solicitud de transporte para discapacidad. (Planilla Adjunta)
- 3- Formulario FIM

IMPORTANTE:

La documentación anterior debe confeccionarse teniendo en cuenta los formularios entregados por la obra social y detallada a continuación, sin excepción.

La fecha de emisión debe ser anterior al inicio de la prestación y el período solicitado para el servicio requerido.

Estas prescripciones NO pueden ser realizadas por un medico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones.

Debe completarse por Médico Neurólogo o Fisiátria.

Qué es la dependencia y formulario FIM ?

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

La escala FIM debe ser confeccionada por profesional idóneo, es decir, fisiatra o neurólogo. En caso de patologías dentro del área de la Salud Mental podrá ser completado por médico psiquiatra. No se aceptarán escalas FIM que hayan sido completadas por otros especialistas.

El grado de dependencia es una condición que se evalúa a partir de los 6 (seis) años de vida con escala FIM, antes se debe hacer con escalas específicas.

El FIM no acredita dependencia, la misma será evaluada por el equipo interdisciplinario de Auditoría Técnica en Discapacidad.



Se recuerda que no se puede presentar el pedido de un traslado con DEPENDENCIA para pacientes menores a 6 años.

Documentación del prestador

- 1- Fotocopia del DNI del conductor.
 - 2- Fotocopia del carnet de conducir vigente.
 - 3- Fotocopia Certificado de antecedentes actualizado emitido por la Policía de la Provincia de Córdoba.
 - 4- Fotocopia de habilitación RUGEPRESA para transportistas de Córdoba Capital / habilitación municipal del vehículo (Interior de la provincia).
 - 5- Fotocopia de la póliza del seguro del automotor al día.
 - 6- Constancia de AFIP vigente.
 - 7- Constancia ITV actualizada.
 - 8- Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o impresa desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU deben estar a nombre del prestador que emite la factura.
 - 9- Hoja de ruta con el recorrido propuesto para realizar el traslado solicitado. La misma deberá presentar un mapa impreso señalando con detalle la trayectoria y cantidad de kilómetros correspondientes a partir de algún sistema informático (Google Maps).
- NOTA: Se autorizará el recorrido de menor kilometraje.
- 9- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones y formato exigido (Planilla Adjunta)
 - 10- Conformidad. (Planilla Adjunta).

INFORMACIÓN IMPORTANTE

1

¿SE ACEPTA DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA?

No, bajo ningún concepto se receptará documentación incompleta, mal confeccionada, enmendada. Cualquier inconsistencia detectada con posterioridad se procederá al reclamo correspondiente al actor responsable y el expediente quedará a la espera de su corrección para autorizar

2

¿QUÉ DEBO HACER SI SE SUSPENDE EL TRATAMIENTO?

Cuando un beneficiario no lleve a cabo su tratamiento conforme a lo autorizado deberá notificarse a la obra social por escrito el/los motivos de la suspensión

3

¿PUEDO COMENZAR EL TRATAMIENTO Y QUE ME LO AUTORICEN DESPUÉS?

No, la Obra Social solo brindará cobertura a los tratamientos a partir del momento en que se encuentren autorizados. En ningún caso se cubrirán tratamientos previos ya iniciados.



PEDIDO MEDICO PARA SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE.....
DNI.....EDAD.....CREDENCIAL.....

Actividad laboral de los padres

DETALLE	NOMBRE Y APELLIDO	ACTIVIDAD	HORARIO/TURNO
PADRE			
MADRE			

Actividad de los hermanos

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	ACTIVIDAD	HORARIO/TURNO

Diagnóstico CIE X

--

Deficiencia.....

Justificación Médica para Uso de transporte Especial

--

Firma y Sello del Médico Solicitante.....Fecha.....

FIM (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

Córdoba.....de.....de

Datos de Identificación

Obra Social O.S.P.J.T.A.P(RNOS:002402)

Apellido y Nombre.....

DNI.....Edad.....Sexo.....

Diagnostico.....

La presente tabla deberá ser completada por profesionales Médicos, Especialistas en Rehabilitación o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico especialista en psiquiatría en caso de patologías mentales.

Los datos a completar en las planillas serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evaluación por parte de la Auditoria, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoria en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.

Los datos volcados revisten carácter de declaración jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los profesionales intervinientes.

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

ITEM	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	AUTOCUIDADO	
1	ALIMENTACION	
2	ASEO PERSONAL	
3	BAÑO	
4	VESTIDO PARTE SUPERIOR	
5	VESTIDO PARTE INFERIOR	
6	USO DEL BAÑO	
	CONTROL DE ESFINTERES	
7	CONTROL DE INTESTINOS	
8	CONTROL DE VEJIGA	
	TRANSFERENCIAS	
9	TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS	
10	TRANSFERENCIA AL BAÑO	
11	TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA	
	LOCOMOCION	
12	MARCHA O SILLA DE RUEDAS	
13	ESCALERA	
	COMUNICACIÓN	
14	COMPRESION	
15	EXPRESION	



PRESUPUESTO TRANSPORTE OSPJTAP

Fecha de Emisión: ____/____/____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

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

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

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

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

CONFORMIDAD TRANSPORTE

Fecha: ____/____/____

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

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

Firma: _____

Aclaración: _____

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

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

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

Firma: _____

Aclaración: _____

Documento: _____

Vigencia de Autorización DESDE

HASTA





CARTILLA DE DISCAPACIDAD 2025

Escolaridad

Apadim	administracion@apadim.org.ar	3514942220	ESTIMULACION TEMPRANA	CORDOBA
--------	------------------------------	------------	-----------------------	---------

Apoyo Escolar

Centro IESE	ie.s.e@hotmail.com	3516777282	APOYO ESCOLAR	CORDOBA
PROVIDUS	consultorioprovidus@gmail.com	4732640	APOYO ESCOLAR	CORDOBA
CIEP	pnavalon@hotmail.com	4215313	AP. ESCOLAR.	CORDOBA

Rehabilitación

REHABILITANDO	info@rehabilitandocba.com.ar	4210001	REHABILITACION	CORDOBA
SANAR REHABILITACION	sanarrehabilitacion@gmail.com		REHABILITACION	CORDOBA
FUNDACION SAN BENITO	centrosanbenito@hotmail.com	4487954	REHABILITACION	CORDOBA

Rehabilitación y Apoyo Escolar

SAMEGER	incluir.facturacion@gmail.com	3513142780	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
CATEPSI	administración@catepsi.com.ar	4817294	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
NEUROS	administracion@centroneuros.com.ar	5988316	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
Ce.In	administracion@ceinweb.com.ar	3514515052	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
Cenein	info@cenein.com.ar	3513066237	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
Centro AMUN	bbecchero@gmail.com	153314157	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
CEPRINES	ceprines@gmail.com	155129306	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
CMR Mediterraneo	ceremecba@hotmail.com	152720052	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
FEMAR	admifemarsrl@gmail.com	4229311	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
FUNDADI	admi.fundadi@gmail.com	4710062	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
INSERIR	gracielarojo62@hotmail.com	4569302	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
Kiron	info@centrokiron.com	3514252835	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
AIREH	rehabilitacion.aireh@gmail.com		REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA
San Camilo de Lellis	sancamilodelellis@gmail.com	3514647297	REHABILITACION Y APOYO ESCOLAR	CORDOBA

Estimulación Temprana

CICAL	centrocical.facturacion@gmail.com	351 - 4271035	rehabilitacion, estimulacion temprana y apoyo escolar	cordoba
Fundación San Benito	f_sanbenito@hotmail.com.ar	4487954	REHABILITACIÓN- ESTIMULACION TEMPRANA E INCLUSION ESCOLAR	CORDOBA

Rehabilitación Visual

Fundación Gaude	fundaciongaude@gmail.com	3514732943	REHABILITACION VISUAL	CORDOBA
-----------------	--------------------------	------------	-----------------------	---------

Centros Hipoacusia				
CEMO		0351 421-8000	CENTRO HIPOACUSIA	CORDOBA
CICAL		0351 422-2710	CENTRO HIPOACUSIA	CORDOBA

Colegio Especial				
Divina Providencia	institutodivinaprovidencia@hotmail.	3514821017	COLEGIO ESPECIAL	CORDOBA
Don Orione	administracion.jcarlos@idocordoba.	3514940486/0150	COLEGIO ESPECIAL	CORDOBA
Centro educativo el SOL	instelsolweb@gmail.com	0351 15-662-5124	COLEGIO ESPECIAL	CORDOBA

Centro Educativo Terapéutico				
CET ATRAPASUEÑOS	info@centrokiron.com	3514252835	CET	CORDOBA
EL PUENTE	escuelaespecialelpuente@fibertel.com.	4726869	CET	CORDOBA
Mi Lugar	facturacion@centromilugar.com.ar	3515684908	CET	CORDOBA
Talita Kum IDEAC	asociaciontalitakum@hotmail.com	3514726849	CET	CORDOBA
Farfalina	farfalinacha@yahoo.com.ar	4718085	CET / APOYO ESCOLAR	CORDOBA

Centro de Día				
UN CAMINO	administracion.uncamino@gmail.com	4822684	CENTRO DE DIA	CORDOBA

Transporte				
MOLISOR	jenijere2013@hotmail.com	156606191	TRANSPORTE	CORDOBA
LIFESAVER	lifesaver2601@gmail.com	3513598700	TRANSPORTE	CORDOBA
BARBOSA VERONICA - SUN SERVICIOS	sun.serviciotrasladopc@gmail.com	156507137	TRANSPORTE	CORDOBA
BROCCHETA ALDANA	aldanabrochetta@gmail.com	157676617	TRANSPORTE	CORDOBA
CORTES MONICA FABIANA (MFC)	traslado_cortes@hotmail.com	157579072	TRANSPORTE	CORDOBA
DOMINGUEZ LUCIANA	: dominguezluciana81@gmail.com	3518013054 – 3515525870	TRANSPORTE	CORDOBA
DOMINGUEZ SILVIA BEATRIZ	cibila10@hotmail.com	152301556	TRANSPORTE	CORDOBA
Farchica diego german	info@tbtraslados.com	3514519061	TRANSPORTE	CORDOBA
Frontera, Claudia Mónica	claudia.frontera@hotmail.com	3514930664	TRANSPORTE	CORDOBA
Garcia Maria Elisa	eligarcia4976@gmail.com	157030137	TRANSPORTE	CORDOBA
MOYANO PAULA ANDREA	pailamoyano@hotmail.com	153399055	TRANSPORTE	CORDOBA
PROSPERAR	prosperar765@gmail.com	156787375	TRANSPORTE	CORDOBA
Ruiz ramon alberto	alberto.ruizcba@hotmail.com	153938319	TRANSPORTE	CORDOBA
Ticera Maria Carolina	cmctraslado@hotmail.com	155095659	TRANSPORTE	CORDOBA

Almafuerte				
BONISCONTI CAROLINA	cbonisconti@gmail.com	-	PSICOLOGIA	ALMAFUERTE
CORONEL SARA	saric_13@hotmail.com	-	PSICOPEDAGOGIA	ALMAFUERTE
SOTELLI DEBRA	debradeianira26@hotmail.com	-	PROF. ED. ESPECIAL	ALMAFUERTE
GIL STELA MARIS - SERVICIO DE TAXI	estella_10@hotmail.com.ar	-	TRANSPORTE	ALMAFUERTE
Rojo, Ana María	anamariarojo444@gmail.com	-	TRANSPORTE	ALMAFUERTE

Alta Gracia				
FUNDACION ESPACIOS	fundacionespacios@hotmail.com	03547 425710	rehabilitacion - apoyo escolar	ALTA GRACIA

Carlos Paz				
CARDEA SRL	espaciocardea@gmail.com	03541 - 430949	REHABILITACION	CARLOS PAZ

Embalse				
GUBLER DESIREE	desigubler83@gmail.com	-	PSICOPEDAGOGA - MAESTRA DE APOYO	Embalse

Jesús María				
Alonso fernando	fgalonso16@gmail.com	-	PSICOLOGO	JESUS MARIA
Baigorria, Natalia	natibaigorria_015@hotmail.es	-	PSICOPEDAGOGA - MAESTRA DE APOYO	JESUS MARIA

La Calera				
Manos Unidas	solegiusto@hotmail.com	3516415849	CENTRO DE REHABILITACION CON INTEGRACION ESCOLAR	LA CALERA
Centurión, Osvaldo	osvaldocenturion24@gmail.com	3514180827	TRANSPORTE	LA CALERA
Ponce Leiva Amanda Soledad	transportespecialsol@hotmail.com	35122255552	TRANSPORTE	LA CALERA
TRANSPORTE SOL	transportespecialsol@hotmail.com	152255552	TRANSPORTE	LA CALERA / VILLA ALLENDE

Pilar				
Rizzo, Natalia	nataliarizzo@hotmail.com	-	PSICOPEDAGOGA	PILAR

Río Ceballos				
Centro de Rehabilitación en Kinesiología y Fisioterapia Servint	comercialservsalud@gmail.com	03543 - 453305	REHABILITACION	RIO CEBALLOS
Cerri Anabela	anabelacerri_cba@hotmail.com	-	PSICOLOGA	RIO CEBALLOS
Cuadrado Silvana	silvana_c3@hotmail.com	-	FONOAUDIOLOGA	RIO CEBALLOS
Gigena Yanina	yani.gigena@gmail.com	-	PSICOMOTRICISTA	RIO CEBALLOS / UNQUILLO
Sosa, Josefina del carmen	josefinadelcarmensosa@hotmail.com	-	PROF. ED. ESPECIAL	RIO CEBALLOS
CARESANI CARLOS	vanesaandreaalvarez@gmail.com	-	TRANSPORTE	RIO CEBALLOS

Río Tercero				
Abaco	abacointerdisciplina@gmail.com	3571411469	APOYO ESCOLAR CON EQUIPO INTERDISCIPLINARIO	RIO TERCERO
ARANDA NATALIA	NATALIALORENAARANDA@GMAIL.	-	FONOAUDIOLOGA	RIO TERCERO
CHIAPPERO BELEN	beluchiappero@gmail.com	-	FONOAUDIOLOGIA	RIO TERCERO
COPPA MARIA VICTORIA	victoriacoppa@yahoo.com.ar	-	PSICOMOTRICIDAD	RIO TERCERO
GARINO GLADYS	glagarino@hotmail.com	-	MAESTRA DE APOYO - PROF. ED. ESPECIAL	RIO TERCERO
PEREYRA MARCELA	MARCELAPEREYRA80@GMAIL.COM	-	PSICOPEDAGOGIA	RIO TERCERO
TORRES LORENA VANINA	LORENAVORTRES@GMAIL.COM	-	PSICOLOGA	RIO TERCERO

San Francisco				
---------------	--	--	--	--

GENTINETTI ROMAN FABIO	romangenti@hotmail.com	-	KINESIOLOGO	SAN FRANCISCO
MOSCA PAULA	paulacmosca@gmail.com	-	PSICOLOGIA	SAN FRANCISCO
SENTIDOS	sentidoscet@gmail.com	03564 - 15361993	CET	SAN FRANCISCO
Madoery matias	matimadoery@hotmail.com	03564-15605149	TRANSPORTE	SAN FRANCISCO
BATTISTI SERGIO	sergiobattisti88@gmail.com	03564 - 15650380	TRANSPORTE	SAN FRANCISCO

Unquillo				
ARMESTO JIMENA	jimena.g.armesto@gmail.com	-	PSICOPEDAGOGIA	UNQUILLO
TIANO SCHULTZ CAROLINA	carotiano@hotmail.com	-	PSICOPEDAGOGIA	UNQUILLO
MIÑO NATALIA	natalia.mino@hotmail.com	-	PSICOLOGA	UNQUILLO
IMR	imrunquillo.imr@gmail.com	158115584	REHABILITACION EN INTERNACION	UNQUILLO

Villa Allende				
ARIAS ALBERT MARIA CECILIA	terapiasensus@gmail.com	156532338	PSICOLOGA	VILLA ALLENDE
FARIAS NATALIA CAROLINA	fariasnatalia@hotmail.com	-	PSICOPEDAGOGIA	VILLA ALLENDE
GAITERI ROCIO	magaligaiteri@gmail.com	-	FONOAUDIOLOGA	VILLA ALLENDE
MARTIN ELIZABETH SOLEDAD	elymar.86@gmail.com	-	TERAPISTA OCUPACIONAL	VILLA ALLENDE
MOSQUEN MARCELA	terapiasensus@gmail.com	156532338	TERAPISTA OCUPACIONAL	VILLA ALLENDE

Villa del Rosario				
BERTOSSO CAMILA	kmi.6@hotmail.com	-	FONOAUDIOLOGIA	VILLA DEL ROSARIO
GIORDANO BETIANA	betiana_giordano@hotmail.com	-	PSICOLOGIA	VILLA DEL ROSARIO
GOMEZ LIZ DEL VALLE	lizgomez913@hotmail.com	-	PSICOMOTRICISTA	VILLA DEL ROSARIO
PLANO SALORT GEORGINA	georgina_plano@hotmail.com	-	PSICOPEDAGOGA	VILLA DEL ROSARIO
ROSSI PAOLA ALEJANDRA	poli_rossi@hotmail.com	-	PSICOPEDAGOGIA	VILLA DEL ROSARIO

Villa María				
GILI VALERIA	creenvm@hotmail.com	0353 154266997	kKINESIOLOGA	VILLA MARIA
JUNO AYELEN	creenvm@hotmail.com	0353 154266997	TERAPIA OCUPACIONAL	VILLA MARIA
NORIEGA NATALI	natynoriega143@gmail.com	-	FONOAUDIOLOGIA	VILLA MARIA
ROSSINI MARIA SOL	msolrossini@gmail.com	-	PSICOLOGIA	VILLA MARIA