



Instructivo Discapacidad 2026

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 formulario que se completa en la siguiente página

<https://sites.google.com/view/discapidadospjtap>

Debe estar en un solo archivo pdf.

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..

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 médico 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 2026 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 2026 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 prestación?

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 2026 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 2026 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 2026 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 aceptará 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****Web:****<https://sites.google.com/view/discapacidadespjtap>****<https://jerarquicosdeltransporte.com/>**

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 2026. 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://jerarquicosdeltransporte.com/> en donde pueden descargarse las cartillas actualizadas y visualizar cualquier tipo de cambio que afecte a la operatividad del área

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 2026.

Firma.....

Aclaración

DNI

Fecha

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 Auditoría, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría 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	



	CONEXIÓN	
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	

Observaciones.....

Justificación adicional por dependencia. Evaluación global, datos relevantes para la modalidad.

.....

CONCLUSION: El beneficiario Requiere / No requiere dependencia

Firma y sello.....



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 descrito 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

CARTILLA DE DISCAPACIDAD 2025

Jerárquicos del Transporte

Córdoba Capital

Escolaridad

Apadim
administracion@apadim.org.ar
Tel: 3514942220
Estimulación Temprana

Centro IESE
Les.a@hotmail.com
Tel: 3516777282
Apoyo Escolar

PROVIDUS
consultoriprovidus@gmail.com
Tel: 4732640
Apoyo Escolar

CIEP
pnavalon@hotmail.com
Tel: 4215313
Apoyo Escolar

Rehabilitación

REHABILITANDO
info@rehabilitandocba.com.ar
Tel: 4210001
Rehabilitación

SANAR REHABILITACION
sanarrehabilitacion@gmail.com
Tel: (no tiene)
Rehabilitación

FUNDACION SAN BENITO
centrosanbenito@hotmail.com
Tel: 4487954
Rehabilitación

Rehabilitación y Apoyo Escolar

SAMEGER
incluir.facturacion@gmail.com
Tel: 3513142780

CATEPSI
administracion@catepsi.com.ar
Tel: 487294

NEUROS
administracion@centroneuros.com.ar
Tel: 5988316

Ce.in
administracion@ceinweb.com.ar
Tel: 3514515052

Cenein
info@cenein.com.ar
Tel: 3513066237

Centro AMUN
dbecchero@gmail.com
Tel: 153314157

CEPRINES
ceprines@gmail.com
Tel: 155129306

CMR Mediterraneo
ceremecba@hotmail.com
Tel: 152720052

FEMAR
admifemarsr@gmail.com
Tel: 4229311

FUNDADI
adm.fundadi@gmail.com
Tel: 4710062

INSERIR
gracielarop62@hotmail.com
Tel: 4569302

Kiron
info@centrokiron.com
Tel: 3514252835

AIREH

rehabilitacion.aireh@gmail.com
Tel: (no tiene)

San Camilo de Lellis
sancamilodelellis@gmail.com
Tel: 3514647287

Estimulación Temprana

CICAL
centrocical.facturacion@gmail.com
Tel: 351-4271035

Fundación San Benito
f_sanbenito@hotmail.com.ar
Tel: 4487954

Rehabilitación Visual

Fundación Gaudé
fundaciongaude@gmail.com
Tel: 3514732943

Centros Hipoacusia

CEMO
Tel: 0351 421-8000

CICAL
Tel: 0351 422-2710

Colegio Especial

Divina Providencia
institudivinaprovidencia@hotmail.
Tel: 3514821017

Don Orione
administracion.carlos@idocordoba.
Tel: 3514940486/0150

Centro educativo el SOL
inatsolweb@gmail.com
Tel: 03515-662-5124

Centro Educativo Terapéutico

CET ATRAPASUENOS
info@centrokiron.com
Tel: 3514252835

EL PUENTE
escuelaspecialaelpuente@fibertel.com.
Tel: 4876869

Mi Lugar
facturacion@centromiugar.com.ar
Tel: 3515684908

Talita Kum IDEAC
asociaciontalitakum@hotmail.com
Tel: 3514726849

Farfaling
farfalingacti@yahoo.com.ar
Tel: 478065

Centro de Día

UN CAMINO
odministracion.uncomino@gmail.com
Tel: 4822664

Transporte

Juance
juanmalvarez2009@gmail.com
Tel: 3516638311

MOLISOR
JenJere2013@hotmail.com
Tel: 156606191

LIFESAVER
lifesaver_2101@gmail.com
Tel: 3513598700

BARBOSA VERONICA-SUN SERVICIOS
sun.serviciossasasopc@gmail.com
Tel: 156507137

BROCCHETA ALDANA
aldanabrocchetta@gmail.com
Tel: 157676617

CORTES MONICA FABIANA (MFC)
traslado.cortes@hotmail.com
Tel: 157579072

DOMINGUEZ LUCIANA
dominguezluciana81@gmail.com
Tel: 3518013054-3515525870

DOMINGUEZ SILVIA BEATRIZ
cibilia10@hotmail.com
Tel: 152301556

Farchica diego german
info@bitrastados.com

Frontera, Claudia Mónica
claudia.frontera@hotmail.com
Tel: 3514930664

García María Elisa
elgarcia4976@gmail.com
Tel: 157030137

MOYANO PAULA ANDREA
pallamoyano@hotmail.com
Tel: 153399055

PROSPERAR
prosperar765@gmail.com
Tel: 156787375

Buiz ramon alberto
alberto.rulzeba@hotmail.com
Tel: 153938319

Ticera María Carolina
cmccrosio@hotmail.com
Tel: 155095659

Almafuerte

BONISCONTI CAROLINA
cbonisconti@gmail.com
PSICOLOGIA

CORONEL SARA
soric_33@hotmail.com
PSICOPELAGOGIA

SOTELLI DEBRA
debradelorira26@hotmail.com
PROF. ED. ESPECIAL

GIL STELA MARIS-SERVICIO DE TAXI
estello_10@hotmail.com.or
TRANSPORTE

Rojo, Ana María
anamariarj444@gmail.com
TRANSPORTE

Alta Gracia

FUNDACION ESPACIOS
fundacionespacios@hotmail.com
Tel: 03547 425710
Rehabilitación-Apoyo Escolar

Carlos Paz

CARDEA SRL
espaciocardea@gmail.com
Tel: 03541-430949
Rehabilitación

Embalse

GUBLER DESIREE
desigubler83@gmail.com
PSICOPELAGOGA-MAESTRA DE APOYO

Jesús María

Alonso fernando
fgalonsf@hotmail.com
PSICOLOGO

Baigorria, Natalia
natiabaigorria_019@hotmail.ar
PSICOPELAGOGA-MAESTRA DE APOYO

La Calera

Manos Unidas
solejusto@hotmail.com
Tel: 3516415849
Rehabilitación

Centurion, Osvaldo
osvaldocenturion24@gmail.com
Tel: 3514180627
Transporte

Ponce Leiva Amanda Soledad
transportespecialsol@hotmail.com
Tel: 3512255552
Transporte

TRANSPORTE SOL
transportespecialsol@hotmail.com
Tel: 3512255552
Transporte

Rizzo, Natalia
nataliarizzo@hotmail.com
PSICOPELAGOGA

Pilar

Centro de Rehabilitación en Kinesiología y Fisioterapia Servint
comercialservintpilar@gmail.com
Tel: 03543-453305
Rehabilitación

Río Ceballos

Cerri Anabela
anabelacerri_cmo@hotmail.com
PSICOLOGA

Cuadrado Silvano
silvano_c33@hotmail.com
FONOAUDILOGIA

Gigena Yanina
yani.gigena@gmail.com
PSICOMOTRICISTA

Sosa, Josefina del carmen
josefinadelcarmensosaj@hotmail.com
PROF. ED. ESPECIAL

CARESANI CARLOS
vanesaandreaalvarez@gmail.com
TRANSPORTE

Río Tercero

Anabacho
anabachodisciplina@gmail.com
APOYO ESCOLAR CON EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

ARANDA NATALIA
NATALIALORENARARANDA@GMAIL.
FONOAUDILOGIA

CHIAPPERO BELEN
beluchiapero@gmail.com
FONOAUDILOGIA

COPPA MARIA VICTORIA
victoriacoppa@yahoo.com.ar
PSICOMOTRICIDAD

GARINO GLADYS
glogarino@hotmail.com
MAESTRA DE APOYO PROF. ED. ESPECIAL

PEREYRA MARCELA
MARCELAPEREYRA80@GMAIL.COM
PSICOPELAGOGIA

TORRES LORENA VANINA
LORENAVITORRES@GMAIL.COM
PSICOLOGA

San Francisco

GENTINETTI ROMAN FABIO
romangentti@hotmail.com
KINESIOLOGO

MOSCA PAULA
paulamosca@gmail.com
PSICOLOGIA

SENTIDOS
sentidoscel@gmail.com
Tel: 03564-15361993
CET

Madoery matias
matimadoeru@hotmial.com
Tel: 03564-15605149
Transporte

BATTISTI SERGIO
sergiobattisti88@gmail.com
Tel: 03564-15650380
Transporte

Unquillo

ARMESTO JIMENA
jimena.g.armesto@gmail.com
PSICOPELAGOGIA

TIANO SCHULTZ CAROLINA
caroliano@hotmail.com
PSICOPELAGOGIA

MIÑO NATALIA
natalia.mino@hotmail.com
PSICOLOGA

IMR
imranquillo.jme@gmail.com
Tel: 15815584
Rehabilitación en Interacción

Villa Allende

ARIAS ALBERT MARIA CECILIA
terapiasensus@gmail.com
Tel: 15652338
PSICOLOGA

FARIAS NATALIA CAROLINA
fariosnataalia@hotmail.com
PSICOPELAGOGIA

GAITERI ROCIO
magalignteri@gmail.com
FONOAUDILOGIA

MARTIN ELIZABETH SOLEDAD
elymar.86@gmail.com
TERAPISTA OCUPACIONAL

MOSQUEN MARCELA
terapiasensus@gmail.com
Tel: 15652338
TERAPISTA OCUPACIONAL

Villa del Rosario

BERTOSSO CAMILA
kmi.6@hotmail.com
FONOAUDILOGIA

GIORDANO BETIANA
betiana.giordano@hotmail.com
PSICOLOGIA

GOMEZ LIZ DEL VALLE
lizgomez2913@hotmail.com
PSICOMOTRICISTA

PLANO SALORT GEORGINA
georgina.plano@hotmail.com
PSICOPELAGOGIA

ROSSI PAOLA ALEJANDRA
poli_rossi@hotmail.com
PSICOPELAGOGIA

Villa María

GILI VALERIA
creemv@hotmail.com
Tel: 0353 154266997
KINESIOLOGA

JUNO AYELEN
creemv@hotmail.com
Tel: 0353 154266997
TERAPIA OCUPACIONAL

NORIEGA NATALI
natornicol14@gmail.com
FONOAUDILOGIA

ROSSINI MARIA SOL
mrossini@gmail.com
PSICOLOGIA



Instructivo de Transporte 2026

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.

DEBERÁN ENVIAR TODOS LOS REQUISITOS COMPLETOS para su autorización al siguiente enlace completando un formulario con la documentación
<https://sites.google.com/view/discapacidadospjtap>
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 2026.
- 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 médico 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 receptorá 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?

Quando 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 Auditoría, que determinará en caso de ser necesario, la realización de una Auditoría 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

<p><u>CONFORMIDAD TRANSPORTE</u></p> <p>Fecha: ____/____/____</p> <p>Apellido y nombre del beneficiario: Número de Afiliado/DNI:</p> <p>Yocon Documento Tipo (.....) N°, doy mi conformidad al diagrama de traslados por el período: desdehasta.....</p> <p>Firma:</p> <p>Aclaración:</p> <p><u>SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, COMPLETAR:</u></p> <p>Por la presente, dejo constancia que la conformidad brindada es realizada en nombre de.....</p> <p>Manifiesto ser el familiar responsable / tutor y autorizo el diagrama de traslados.</p> <p>Firma:</p> <p>Aclaración:</p> <p>Documento:</p>

Vigencia de Autorización DESDE HASTA



CARTILLA DE DISCAPACIDAD 2025

Jerárquicos del Transporte

Córdoba Capital

Escolaridad

Apadim
administracion@apadim.org.ar
Tel: 3514942220
Estimulación Temprana

Centro IESE
Les.a@hotmail.com
Tel: 3516777282
Apoyo Escolar

PROVIDUS
consultoriprovidus@gmail.com
Tel: 4732640
Apoyo Escolar

CIEP
pnavalon@hotmail.com
Tel: 4215313
Apoyo Escolar

Rehabilitación

REHABILITANDO
info@rehabilitandocba.com.ar
Tel: 4210001
Rehabilitación

SANAR REHABILITACION
sanarrehabilitacion@gmail.com
Tel: (no tiene)
Rehabilitación

FUNDACION SAN BENITO
centrosanbenito@hotmail.com
Tel: 4487954
Rehabilitación

Rehabilitación y Apoyo Escolar

SAMEGER
incluir.facturacion@gmail.com
Tel: 3513142780

CATEPSI
administracion@catepsi.com.ar
Tel: 487294

NEUROS
administracion@centroneuros.com.ar
Tel: 5988316

Ce.in
administracion@ceinweb.com.ar
Tel: 3514515052

Cenein
info@cenein.com.ar
Tel: 3513066237

Centro AMUN
dbecchero@gmail.com
Tel: 153314157

CEPRINES
ceprines@gmail.com
Tel: 155129306

CMR Mediterraneo
ceremecba@hotmail.com
Tel: 152720052

FEMAR
admifemarsr@gmail.com
Tel: 4229311

FUNDADI
adm.fundadi@gmail.com
Tel: 4710062

INSERIR
gracielarop62@hotmail.com
Tel: 4569302

Kiron
info@centrokiron.com
Tel: 3514252835

AIREH

rehabilitacion.aireh@gmail.com
Tel: (no tiene)

San Camilo de Lellis
sancamilodelellis@gmail.com
Tel: 3514647287

Estimulación Temprana

CICAL
centrocical.facturacion@gmail.com
Tel: 351-4271035

Fundación San Benito
f_sanbenito@hotmail.com.ar
Tel: 4487954

Rehabilitación Visual

Fundación Gaudé
fundaciongaude@gmail.com
Tel: 3514732943

Centros Hipoacusia

CEMO
Tel: 0351 421-8000

CICAL
Tel: 0351 422-2710

Colegio Especial

Divina Providencia
institudivinaprovidencia@hotmail.
Tel: 3514821017

Don Orione
administracion.carlos@idocordoba.
Tel: 3514940486/0150

Centro educativo el SOL
inatsolweb@gmail.com
Tel: 03515-662-5124

Centro Educativo Terapéutico

CET ATRAPASUENOS
info@centrokiron.com
Tel: 3514252835

EL PUENTE
escuelaspecialaelpuente@fibertel.com.
Tel: 4876869

Mi Lugar
facturacion@centromiugar.com.ar
Tel: 3515684908

Talita Kum IDEAC
asociaciontalitakum@hotmail.com
Tel: 3514726849

Farfaling

farfaling@farfaling.com.ar
Tel: 478065

Centro de Día

UN CAMINO
odministracion.uncomino@gmail.com
Tel: 4822664

Transporte

Juance
juanmalvarez2009@gmail.com
Tel: 3516638311

MOLISOR
JenJere2013@hotmail.com
Tel: 156606191

LIFESAVER
lifesaver_2101@gmail.com
Tel: 3513598700

BARBOSA VERONICA-SUN SERVICIOS
sun.serviciossasasopc@gmail.com
Tel: 156507137

BROCCHETA ALDANA
aldanabrocchetta@gmail.com
Tel: 157676617

CORTES MONICA FABIANA (MFC)
traslado.cortes@hotmail.com
Tel: 157579072

DOMINGUEZ LUCIANA
dominguezluciana81@gmail.com
Tel: 3518013054-3515525870

DOMINGUEZ SILVIA BEATRIZ
cibilia10@hotmail.com
Tel: 152301556

Farchica diego german
info@bitrastados.com

Frontera, Claudia Mónica
claudia.frontera@hotmail.com
Tel: 3514930664

Garcia Maria Elisa
elgarcia4976@gmail.com
Tel: 157030137

MOYANO PAULA ANDREA
pallamoyano@hotmail.com
Tel: 153399055

PROSPERAR
prospesar765@gmail.com
Tel: 156787375

Buiz ramon alberto
alberto.rulzeba@hotmail.com
Tel: 153938319

Ticera Maria Carolina
cmccrosio@hotmail.com
Tel: 155095659

Almafuerte

BONISCONTI CAROLINA
cbonisconti@gmail.com
PSICOLOGIA

CORONEL SARA
soric_33@hotmail.com
PSICOPELAGOGIA

SOTELLI DEBRA
debradelorira26@hotmail.com
PROF. ED. ESPECIAL

GIL STELA MARIS-SERVICIO DE TAXI
estello_10@hotmail.com.or
TRANSPORTE

Rojo, Ana María
anamariarj444@gmail.com
TRANSPORTE

Alta Gracia

FUNDACION ESPACIOS
fundacionespacios@hotmail.com
Tel: 03547 425710
Rehabilitación-Apoyo Escolar

Carlos Paz

CARDEA SRL
espaciocardea@gmail.com
Tel: 03541-430949
Rehabilitación

Embalse

GUBLER DESIREE
desigubler83@gmail.com
PSICOPELAGOGA-MAESTRA DE APOYO

Jesús María

Alonso fernando
fgalonsf@hotmail.com
PSICOLOGO

Baigorria, Natalia
natiabaigorria_019@hotmail.ar
PSICOPELAGOGA-MAESTRA DE APOYO

La Calera

Manos Unidas
solejusto@hotmail.com
Tel: 3516415849
Rehabilitación

Centurion, Osvaldo
osvaldocenturion24@gmail.com
Tel: 3514180627
Transporte

Ponce Leiva Amanda Soledad
transportespecialsol@hotmail.com
Tel: 3512255552
Transporte

TRANSPORTE SOL
transportespecialsol@hotmail.com
Tel: 3512255552
Transporte

Rizzo, Natalia
nataliarizzo@hotmail.com
PSICOPELAGOGA

Pilar

Centro de Rehabilitación en Kinesiología y Fisioterapia Servint
comercialservint@gmail.com
Tel: 03543-453305
Rehabilitación

Río Ceballos

Cerri Anabela
anabelcerri_cmo@hotmail.com
PSICOLOGA

Cuadrado Silvano
silvano_c33@hotmail.com
FONOAUDILOGIA

Gigena Yanina
yani.gigena@gmail.com
PSICOMOTRICISTA

Sosa, Josefina del carmen
josefinadelcormensosa@hotmail.com
PROF. ED. ESPECIAL

CARESANI CARLOS
vanesaandreaalvarez@gmail.com
TRANSPORTE

Río Tercero

Anabacho
anabachodisciplina@gmail.com
APOYO ESCOLAR CON EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

ARANDA NATALIA
NATALIALORENARARANDA@GMAIL.
FONOAUDILOGIA

CHIAPPERO BELEN
beluchiapero@gmail.com
FONOAUDILOGIA

COPPA MARIA VICTORIA
victoriacoppa@yahoo.com.ar
PSICOMOTRICIDAD

GARINO GLADYS
glogarino@hotmail.com
MAESTRA DE APOYO PROF. ED. ESPECIAL

PEREYRA MARCELA
MARCELAPEREYRA80@GMAIL.COM
PSICOPELAGOGIA

TORRES LORENA VANINA
LORENAVITORRES@GMAIL.COM
PSICOLOGA

San Francisco

GENTINETTI ROMAN FABIO
romangent@hotmail.com
KINESIOLOGO

MOSCA PAULA
paulamosca@gmail.com
PSICOLOGIA

SENTIDOS
sentidoscel@gmail.com
Tel: 03564-15361993
CET

Madoery matias
matimadoeru@hotmial.com
Tel: 03564-15605149
Transporte

BATTISTI SERGIO
sergiobattisti88@gmail.com
Tel: 03564-15650380
Transporte

Unquillo

ARMESTO JIMENA
jimena.armesto@gmail.com
PSICOPELAGOGIA

TIANO SCHULTZ CAROLINA
caroliano@hotmail.com
PSICOPELAGOGIA

MIÑO NATALIA
natalia.mino@hotmail.com
PSICOLOGA

IMR
imranquillo_ime@gmail.com
Tel: 15815584
Rehabilitación en Interacción

Villa Allende

ARIAS ALBERT MARIA CECILIA
terapiasensus@gmail.com
Tel: 15652338
PSICOLOGA

FARIAS NATALIA CAROLINA
fariosnataalia@hotmail.com
PSICOPELAGOGIA

GAITERI ROCIO
magalignteri@gmail.com
FONOAUDILOGIA

MARTIN ELIZABETH SOLEDAD
elymar.86@gmail.com
TERAPISTA OCUPACIONAL

MOSQUEN MARCELA
terapiasensus@gmail.com
Tel: 15652338
TERAPISTA OCUPACIONAL

Villa del Rosario

BERTOSSO CAMILA
kmi.6@hotmail.com
FONOAUDILOGIA

GIORDANO BETIANA
betiana.giordano@hotmail.com
PSICOLOGIA

GOMEZ LIZ DEL VALLE
lizgomez2913@hotmail.com
PSICOMOTRICISTA

PLANO SALORT GEORGINA
georgina.plano@hotmail.com
PSICOPELAGOGIA

ROSSI PAOLA ALEJANDRA
poli_rossi@hotmail.com
PSICOPELAGOGIA

Villa María

GILI VALERIA
creemv@hotmail.com
Tel: 0353 154266997
KINESIOLOGA

JUNO AYELEN
creemv@hotmail.com
Tel: 0353 154266997
TERAPIA OCUPACIONAL

NORIEGA NATALI
natornecio14@gmail.com
FONOAUDILOGIA

ROSSINI MARIA SOL
mrossini@gmail.com
PSICOLOGIA