



**Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina**
INSCRIP. RNOS N° 107800 – RNEMP 614982 – LEY N° 23660

Central: Constitución 3674, San Justo (C.P. 1745), Buenos Aires * Tel/Fax: (011) 4651-7411 o (011) 4482-0911
Sucursal: Salta 676, Mendoza Ciudad (C.P. 5500), Mendoza * Tel/Fax: (0261) 420-3589
M@IL: prestaciones.especiales@ospif.org.ar
www.obrasocialfibrocemento.com

INSTRUCTIVO de DISCAPACIDAD

GUÍA de ACCESO a PRESTACIONES PARA PACIENTES CON DISCAPACIDAD 2027

DECRETO 904/2016

RESOLUCIÓN 406/2016

RESOLUCIÓN 887/2017

RESOLUCIÓN 1731/2021

RESOLUCIÓN 360/2022

VIGENTE: RESOLUCIÓN 1743/2024



prestaciones.especiales@ospif.org.ar



O.S.P.I.Fibrocemento



Bs. As: 4651-7411/ 4482-0911
Mendoza: (0261) 420-3589



www.obrasocialfibrocemento.com

INDICE

1.	<u>PRESENTACIÓN</u>	Pág.2
2.	<u>EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD</u>	Pág.2
3.	<u>DOCUMENTACIÓN</u>	Pág.3
4.	<u>REQUISITOS SEGÚN PRESTACION</u>	Pág.4
5.	<u>INDICACIONES MÉDICAS</u>	Pág.8
6.	<u>PROFESIONALES INDEPENDIENTES</u>	Pág.9
7.	<u>CENTROS</u>	Pág.9
8.	<u>INCLUSIÓN ESCOLAR – MAESTRA DE APOYO</u>	Pág.9
9.	<u>INSTITUCIONES EDUCATIVAS</u>	Pág.10
10.	<u>TRANSPORTE</u>	Pág.10
11.	<u>INFORMES</u>	Pág.10
12.	<u>FACTURACION</u>	Pág.11
13.	<u>PLANILLAS</u>	Pág.16
14.	<u>CARTILLA DE PRESTADORES</u>	Pág.25

1. PRESENTACIÓN.

La presente **Guía de Procedimiento para el Acceso a las Prestaciones de Discapacidad** tiene por objeto señalar los requisitos necesarios para gestionar la cobertura de Prestaciones Especiales, de acuerdo con la Ley 24.901 y la Resolución 482/1999 MSAL y sus normas complementarias.

Centros de Atención:

- ✎ Página Web de O.S.P.I.F: <http://www.obrasocialfibrocemento.com/>.
- ✎ Vía telefónica en Buenos Aires: (011) 4651-7411 / 4482-0911. Mendoza: (0261) 420-3589.
- ✎ Personalmente la calle Constitución 3669, de la localidad de San Justo, provincia de Buenos Aires los días: lunes de 9.30 a 13.30 y de 14.30 a 17.30.
- ✎ Personalmente en la Sucursal de OSPIF ubicada en la calle Salta 676, de la Ciudad de Mendoza, provincia de Mendoza, los días: lunes a viernes de 10.00 a 15.00.
- ✎ Por correo electrónico: prestaciones.especiales@ospif.org.ar

2. EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE DISCAPACIDAD.

Conformado por médico neurólogo, licenciada en psicopedagogía, profesora de educación especial, licenciada en trabajo social y responsables administrativas capacitadas en Asignación de Prestaciones Especiales. Funciones del equipo:

1. Realizar **entrevistas** de **admisión** y de **seguimiento** con los pacientes que requieren prestaciones especiales y sus padres o familiares responsables.
2. Realizar **auditoria** de la **documentación** presentada garantizando la cobertura en base al correcto armado de expedientes, ya que estos deben ser presentados ante la **SSSalud**.
3. Establecer orientaciones para el **planeamiento** de los servicios, acorde a las necesidades de cada paciente.
4. Proponer **lineamientos** en base al análisis multidisciplinario, y en caso de considerarse necesario, se sugerirán **modificaciones**.
5. Introducir criterios de **excelencia** y **equilibrio presupuestario** en el sistema. Debe tenerse en cuenta que los recursos tanto humanos como económicos son limitados, y la eficiencia y equidad depende de su correcta asignación.
6. Fijar **reglamentaciones** para el adecuado uso de las prestaciones.
7. Realizar **seguimiento** y **auditoria de terreno**, tanto en organismos públicos como privados, con el fin de constatar que se brinde la asistencia acordada en forma oportuna, adecuada y permanente.
8. **Pronosticar** estimativamente la **permanencia** en cada servicio. Ante evidentes signos de detención o estancamiento, en aspectos terapéuticos o educativos, se orientará hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades.

Contacto con el Equipo Interdisciplinario de Discapacidad

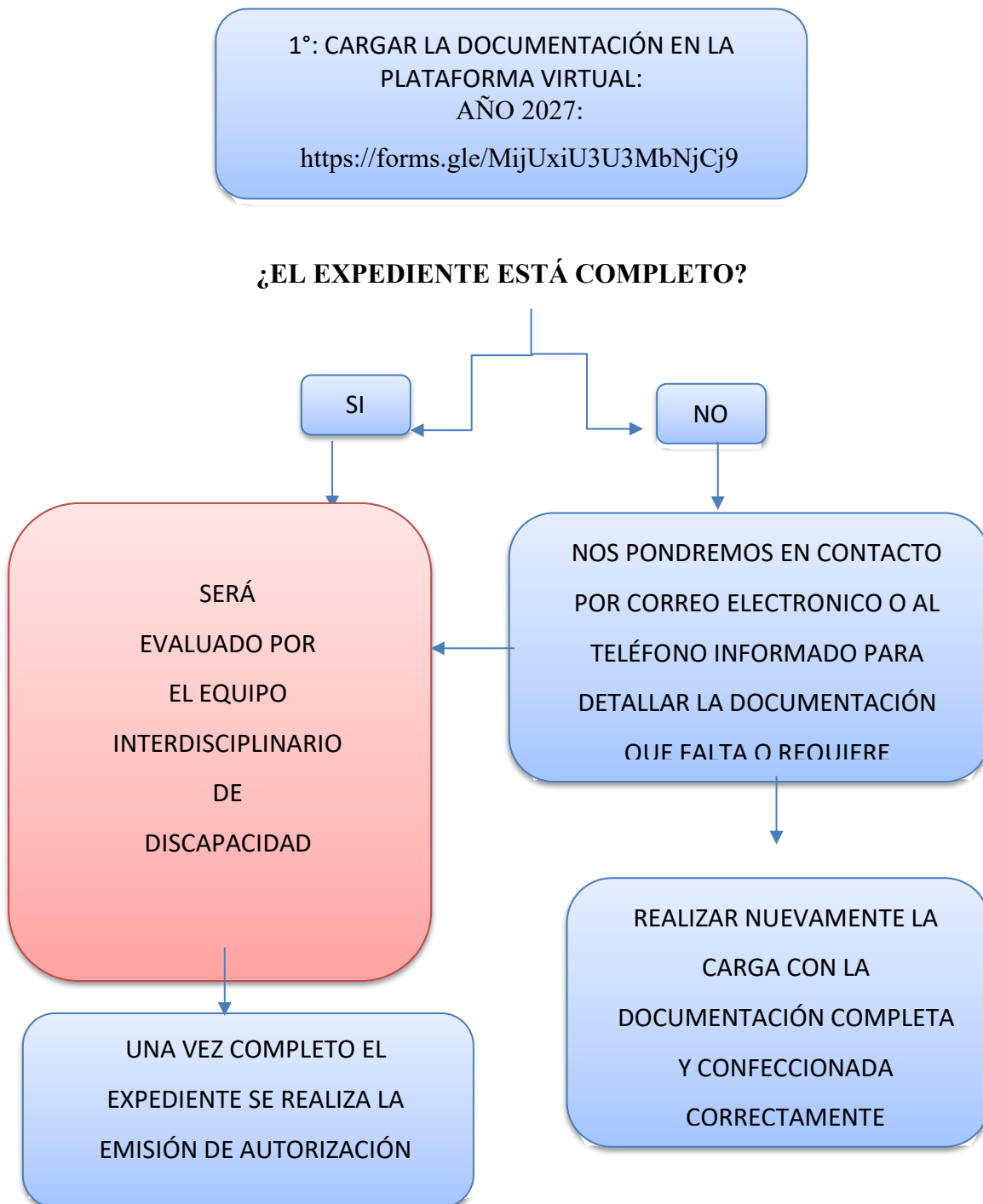
@ prestaciones.especiales@ospif.org.ar

☎ +54 9 11 2392-7244 (whatsapp)

🕒 Lunes a viernes de 9.00 a 16.00

3. DOCUMENTACIÓN.

Pasos para la **presentación** de documentación para el acceso de prestaciones especiales:



Las autorizaciones se enviarán por e-mail al prestador autorizado. Tienen validez de acuerdo con lo indicado en la autorización.

Tiempo de demora para emisión de autorización de expediente completo: 20 (veinte) días hábiles.

4. REQUISITOS. Ver según prestación a solicitar

RESPETAR EL ORDEN DE LA DOCUMENTACION en el PDF

PRESTACIONES DE APOYO/ CENTRO DE REHABILITACIÓN (TERAPIAS)

Orden	Documentación	Detalle
1	C.U.D.	Vigente y legible. En caso de tener prorroga: constancia descargada de: https://apps.snr.gob.ar/consultarnpcd/spring/intro
2	D.N.I.	Del beneficiario. Legible de ambos lados.
3	D.N.I.	De padre/ madre o tutor. Legible de ambos lados.
4	Carnet	De Obra social. Legible de ambos lados.
5	Último recibo O pago	- Relación de Dependencia: Último recibo de haberes. - Monotributista: Últimos 6 pagos de monotributo. - Trabajadores de casas particulares: Últimos 6 ticket de pago de la cuota de obra social completa. - Monotributista Sociales (Efectores Sociales): Últimos 6 pagos de monotributo o últimos movimientos. - Cooperativistas no registrados: Deben realizar la inscripción como Monotributista Sociales (Efectores Sociales), o como Monotributistas del Régimen General
6	CODEM	Debe figurar el paciente. Descargar el archivo con familiares a cargo.
7	Resumen Médico	Confeccionado por médico tratante especialista según patología. (Ver modelo en Instructivo)
8	Ordenes Médicas	- Confeccionada por médico que realice el resumen médico. - Una orden por cada prestación indicando frecuencia semanal y período.
9	Presupuestos	Uno por cada prestación solicitada (usar modelo vigente. Pág. 17 del instructivo)
10	Plan de trabajo	Uno por cada prestación indicando objetivos específicos y estrategias de acuerdo al contexto (Pág. 19)
11	Informe	- Informe final (en caso de ser continuidad). - Informe Inicial detallando instrumentos de evaluación aplicados y resultados (para nuevas prestaciones)
12	Conformidad	Anexo 2 (Resolución 1734/2024) Pág. 25 instructivo
13	Habilitación	Emitida por Ministerio de salud o autoridad competente.
14	Documentación Del prestador	- Título habilitante ambos lados (para profesionales) - Inscripción en Registro de ANDIS (Instituciones) - Registro Nacional de Prestadores. - Seguro de responsabilidad civil: Solo hoja principal - Matrícula. - CUIT (ANSES) y Constancia de ARCA. - C.B.U. BANCARIO (no billetera virtual)

RESPETAR EL ORDEN DE LA DOCUMENTACION en el PDF

PRESTACIONES EDUCATIVAS:

MAESTRA DE APOYO, S.A.I.E, ESCUELA (todos los niveles) y C.E.T.

Orden	Documentación	Detalle
1	C.U.D.	Vigente y legible. En caso de tener prorroga: constancia descargada de: https://apps.snr.gob.ar/consultarnpcd/spring/intro
3	D.N.I.	De padre/ madre o tutor. Legible de ambos lados.
4	D.N.I.	Del beneficiario. Legible de ambos lados.
5	Carnet	De Obra social. Legible de ambos lados.
6	Último recibo O pago	- Relación de Dependencia: Último recibo de haberes. - Monotributista: Últimos 6 pagos de monotributo. - Trabajadores de casas particulares: Últimos 6 ticket de pago de la cuota de obra social completa. - Monotributista Sociales (Efectores Sociales): Últimos 6 pagos de monotributo. - Cooperativistas no registrados: Deben realizar la inscripción como Monotributista Sociales o como Monotributistas del Régimen General
7	CODEM	Debe figurar el alumno.
7	Resumen Médico	Confeccionado por médico tratante especialista según patología. Si corresponde dependencia, incluir planilla y evaluación FIM para dependencia: Sólo C.E.T.
8	Indicación Médica	- Confeccionada por mismo médico que realice el resumen médico. - Presentar una orden por prestación indicando jornada, nivel, período y dependencia (si requiere)
9	Presupuestos	Ver modelo en Instructivo.
10	La P.P.I	Propuesta Pedagógica Inclusiva. Lo realiza el prestador.
11	Acta Acuerdo	Acta acuerdo firmada por todos los actores intervinientes.
12	C.A.R	Const. Alumno regular con de C.U.E. (VER PLANILLA)
13	Informes	- Informe de prestación: Inicial o final, según corresponda. - Informe escolar en caso de Inclusión.
14	Conformidad	Anexo (Resolución 1734/2024) Pág. 25 instructivo
15	Documentación Del prestador	- Título habilitante y analítico (para profesionales) - Inscripción en Registro de ANDIS (Instituciones) - Habilitación. - Seguro de responsabilidad civil: Sólo hoja principal - CUIT (ANSES), Constancia ARCA y C.B.U. BANCARIO



Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina

RESPETAR EL ORDEN DE LA DOCUMENTACION en el PDF

TRANSPORTE

No podrán pedir transporte quienes cuenten con beneficio en la ley 19.279

Orden	Documentación	Detalle
1	C.U.D.	Vigente y legible. En caso de tener prorroga: constancia descargada de: https://apps.snr.gob.ar/consultarnpcd/spring/intro
2	D.N.I.	De padre/ madre o tutor. Legible de ambos lados.
3	D.N.I.	Del beneficiario. Legible de ambos lados.
4	Carnet	De obra social. Legible de ambos lados.
5	Último recibo O pago	- Relación de Dependencia: Último recibo. - Monotributista: Últimos 6 pagos de monotributo. - Trabajadores de casas particulares: Últimos 6 ticket de pago de la cuota de obra social completa. - Monotributista Sociales (Efectores Sociales): Últimos 6 pagos de monotributo o últimos movimientos. - Cooperativistas no registrados: Deben realizar la inscripción como Monotributista Sociales (o como Monotributistas del Régimen General.
6	CODEM	Debe figurar el paciente.
7	Resumen Médico	Confeccionado por médico tratante especialista según patología.
8	Indicaciones Médicas	- Confeccionada por mismo médico que realice el resumen médico. Justificar la imposibilidad de trasladarse en transporte público y detallar destinos. - Indicar si corresponde dependencia.
9	Escala F.I.M. e Informe	COMPLETA. Firmada por terapeuta ocupacional.
11	Informe	Cualitativo y cuantitativo de la escala de Medida de Independencia Funcional en caso de tener dependencia.
12	Presupuesto	- Uno por todas las prestaciones solicitada. - Máximo mensual: 1.500 kms.
13	Google Maps	Indicando puntos de referencia y cantidad de kms.
14	Conformidad	Anexo III (Resolución 1734/2024)
15	Documentación Del prestador	- Habilitación. - Póliza de seguro: Sólo hoja principal. - VTV. - Licencia de conducir. - CUIT (ANSES) y Constancia de ARCA - C.B.U. BANCARIO
16	Certificado de domicilio	Emitido por registro de las Personas.

5. Indicaciones MÉDICAS.

La Indicación Médica es un documento legal, por lo tanto, deben señalar **EXPLÍCITAMENTE** y en su **TOTALIDAD** los siguientes datos y/o ítems:

- ✍ Nombre y Apellido completo del paciente.
- ✍ D.N.I. del paciente.
- ✍ N° de Afiliado.
- ✍ Diagnóstico.
- ✍ Prestación: detalle del nombre de la prestación, cantidad de sesiones semanales por terapia, demás datos de importancia, sin dirigismos ni orientaciones encubiertas.
- ✍ Para Educación Especial: indicar si es escolaridad primaria, Inicial, laboral, etc., aclarando y justificando jornada simple o doble. **Período: año calendario:** desde febrero hasta diciembre del año 2024.
- ✍ Para Módulo de apoyo a la Integración Escolar o Módulo Maestra de apoyo: indicar carga horaria y período.
- ✍ Período de intervención terapéutica: **Para las prestaciones que no sean educativas**, se acepta **año aniversario**: es decir, desde Marzo 2025 hasta Marzo 2026.
- ✍ Firma y sello del profesional (debe ser médico especialista, salvo determinadas y puntuales excepciones).
- ✍ Toda enmienda o tachadura debe estar salvada con firma y sello del profesional.
- ✍ Sólo serán válidas las órdenes médicas solicitadas por especialista de la Obra social de acuerdo a la resolución 3934/2024.

IMPORTANTE: El pedido médico de las prestaciones **NO** puede ser realizado por un médico de la institución en la que se realizara el tratamiento (debido a que el pedido debe ser objetivo y se pretende evitar la autogeneración de prestaciones).

La fecha de emisión del pedido médico no podrá ser posterior a la fecha de inicio del período solicitado en el mismo.

Debe existir total coincidencia y lógica entre lo que se solicita en el pedido médico y el presupuesto del prestador.

No se autorizarán tratamientos prescriptos, presupuestados y/o facturados por su modalidad u orientación del abordaje (por ejemplo: T.C.C (Terapia Cognitivo Conductual), D.B.T, neuro lingüista, habilidades sociales, etc.).

Las órdenes médicas deben indicar la especialidad profesional, por ejemplo: psicología, fonoaudiología, psicopedagogía, etc. (reconocidas por las autoridades competentes) o de acuerdo con los módulos contemplados según los niveles de atención brindados en instituciones categorizadas y habilitadas.

No se autorizan las prestaciones: hidroterapia (terapia en medio acuático) y zooterapia (terapia asistida con animales), por no ser prestaciones reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación y estar excluidas del Plan Médico Asistencial de OSPIF.

6. PROFESIONALES INDEPENDIENTES.

Estimulación Temprana: corresponde a la rehabilitación de 45 días a 4 años. Puede ser brindada sólo por profesional que cuente con título de base, posgrado habilitante y R.N.P.

Prestación de Apoyo: puede ser brindada por Lic. en Psicología, Fonoaudiología, Terapia ocupacional, Psicopedagogía, psicomotricidad, musicoterapia y Kinesiólogía: a partir de los 3 años cumplidos.

La atención ambulatoria debe estar indicada y supervisada por un profesional médico.

Cuando el beneficiario reciba más de un tipo de prestación, las mismas deberán ser coordinadas entre los profesionales intervinientes a fin de lograr una óptima distribución en días y horarios para el beneficiario. El trabajo debe ser interdisciplinario entre terapeutas.

Los profesionales deben, en todos los casos, presentar Título Profesional legalizado, C.V, Fotocopia de Matrícula, DNI, Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores (SSS), Constancia de AFIP actualizada, seguro de mala praxis y habilitación de consultorio.

7. CENTROS.

Deben contar con la categorización emitida por Servicio Nacional de Rehabilitación y/o Junta evaluadora Provincial.

Deben presentar la Habilitación SANITARIA (emitida por Ministerio de Salud, o bien Organismo que corresponda).

8. INCLUSIÓN ESCOLAR – MODULO MAESTRA DE APOYO.

Definición: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas derivadas de la discapacidad con el objetivo de ser incluidos en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Cobertura: entre los 3 y los 18 años.

Será obligatorio para las Maestras de Apoyo a la Inclusión (ya sean independientes, de Centro o de Escuela) presentar un [ACTA ACUERDO](#): entre las tres partes involucradas. La misma debe ser Original firmada por el equipo integrador o profesional, la escuela común y el padre/ madre o el tutor.

Las Integraciones escolares podrán ser brindadas solo por:

- Instituciones categorizadas para las modalidades de Educación Especial, Centro Educativo Terapéutico con Integración Escolar y Equipos categorizados para esta modalidad.
- Maestra de Apoyo: podrá ser brindada por Psicopedagogo/a, Profesor/a de Educación Especial o Psicólogo/a Social.

Es obligatoria la presentación de:

- La P.P.I. (Propuesta Pedagógica Inclusiva) indicando configuraciones de apoyo/ adecuaciones .
- Informe de la Escuela de Nivel.
- Constancia de Alumno Regular con número de C.U.E. (Clave Única del establecimiento)

9. INSTITUCIONES EDUCATIVAS.

La prestación de Educación inicial y Educación Primaria sólo se autorizarán en Instituciones de la **Modalidad Educación Especial**. No se dará cobertura a las prestaciones educativas en Instituciones de Educación común de gestión privada - Decreto 762/97 Poder Ejecutivo Nacional.

Aclaraciones:

- Brindadas en Escuelas: Se reconocerán 10 (diez) meses completos más matrícula (en caso de inicio de clases en mes de febrero, se abonarán UNICAMENTE los días de clases efectivamente brindados).
- Brindadas en Centro Educativo Terapéutico: NO corresponde la presentación de matrícula.
- Jornada Simple: No incluye comedor.

10. TRANSPORTE.

Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo con lo previsto en la Ley 24.314, Art. 22. inc. a).

Deberá firmar declaración jurada en la cual deja constancia de no haber accedido al beneficio estipulado por la ley N° 19279 y sus modificaciones.

El pedido de transporte deberá ser prescripto y fundamentado adecuadamente por el médico tratante, el cual debe aportar datos clínicos y científicos relevantes que justifiquen la imposibilidad de hacer uso del traslado gratuito en transporte público de pasajeros.

Deberá presentar la [Planilla](#) de pedido de transporte. En caso de tener dependencia, deberá presentar escala [F.I.M.](#) e informe cualitativo, completado por Terapeuta Ocupacional.

Será OBLIGATORIO la presentación de certificado de domicilio para pedido o continuidad de la prestación de transporte especial.

11. INFORMES.

Deberán ser entregados en forma **semestral**: mitad de año y fin de año.

Para nuevas prestaciones deberán presentar **INFORME INICIAL** donde consten los instrumentos de evaluación y sus resultados.

- ✍ Deberán poseer membrete que incluya Nombre del Centro y/o del Profesional, especialidad, matrícula, domicilio, teléfono y correo electrónico, CUIT/CUIL.
- ✍ Deberán incluir todos los datos del paciente (Nombre completo, DNI, Fecha de Nacimiento, Número de Afiliado, Diagnóstico, fecha desde la que se realiza la prestación, días y horarios de atención)
- ✍ Desarrollar según Especialidad.
- ✍ Informe de evaluación inicial: se solicita al comienzo de una nueva prestación, el cual debe contar con los instrumentos de valoración aplicados y resultados.
- ✍ Informe evolutivo: debe contar con **periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados y próximos objetivos**, si los hubiese.
- ✍ Deben tener firma ológrafa y sello del profesional.

12. FACTURACION.

En base al Decreto 904/2016, el cual instituyó el “mecanismo de integración” de financiamiento a los agentes de salud para la cobertura de las prestaciones previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. En los casos que no presenten la factura dentro de los plazos establecidos, **solo se reconocerá la facturación retroactiva a 2 (dos) periodos del mes calendario en curso.**

Las facturas se deberán cargar del 1 al 10 de cada mes en la plataforma SAAS.



- ✎ Puede solicitar el instructivo del sistema a: facturacion@ospif.org.ar
- ✎ Documentación que se debe adjuntar:
 - Factura digital descargada de APIF.
 - Autorización (debe coincidir con el monto facturado)
 - Planilla de asistencia mensual.

LAS FACTURAS DEBERAN CONTENER LOS SIGUIENTES DATOS:

- ✎ Fecha de emisión (posterior al mes de prestación)
- ✎ Estar extendidas a nombre de: O.S.P.I.F.
- ✎ Domicilio: Constitución 3674, San justo, CUIT: 33-60725363-9
- ✎ Nombre, Apellido y DNI del beneficiario.
- ✎ Periodo Facturado (mes y año)
- ✎ Prestación Brindada (Según Autorización)
- ✎ Cantidad de sesiones o tipo de jornada.
- ✎ Categoría (A-B-C) en caso de institución.

TRANSPORTISTAS

Además de los puntos arriba mencionados arriba, se debe detallar:

- ✎ Punto de partida y destino.
- ✎ Indicar si tiene dependencia (SI/ NO). De acuerdo con lo autorizado por la Obra Social.
- ✎ Cantidad de KM recorrido por viaje.
- ✎ Cantidad de viajes.
- ✎ Monto individual por viaje.
- ✎ Cantidad de KM mensuales (km por viaje x cantidad de viajes)
- ✎ Monto total mensual.
- ✎ Valor del KM. según Resolución 8/2022 o sus modificatorias
- ✎ Prestación destino (a donde lo transportan: CET, Escuela Especial, Kinesiología, etc.)

Nota: Para solicitar comprobante de transferencia y detalle: tesoreria@ospif.org.ar



Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina

MODELO DE FACTURA:

ORIGINAL

Lic. Juan Perez

C
COD. 11

FACTURA

Razón Social: PEREZ, JUAN GILBERTO

Domicilio Comercial: Nazca 789, CABA. Bs. As.

Condición frente al IVA: Responsable Monotributo

Punto de Venta: 0002 Comp. Nro: 00000263

Fecha de Emisión: 01/08/2018

CUIT: 20-30666555-0
Ingresos Brutos: 20-30666555-0
Fecha de Inicio de Actividades: 01/08/2011

Período Facturado Desde: 01/07/2018 Hasta: 31/07/2018 Fecha de Vto. para el pago: 07/08/2018

CUIT: 33607253639 Apellido y Nombre / Razón Social: OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE FIBROCEMENTO Domicilio: Constitución 3674 - San Justo, Buenos Aires

Condición frente al IVA: IVA Responsable Inscripto Condición de venta: Cuenta Corriente

Código	Producto / Servicio	Cantidad	U. Medida	Preio Unit.	% Bonif	Imp. Bonif.	Subtotal
	Prestación de Apoyo: Psicología.	4,00	unidades	475,00	0,00	0,00	1.900,00

Paciente: GOMEZ, ELIAS.
DNI: 45.333.222.
Nº Afiliado: 27-34666999-5.
Mes: Agosto.
Año: 2018.
Resolución: 4-E/2018

Subtotal: \$ 1.900,00

Importe Otros Tributos: \$ 0,00

Importe Total: \$ 1.900,00

Comprobante Autorizado

Pág. 1/1

CAE N°: 11223344556644
Fecha de Vto. de CAE: 11/08/2018

273455899955442211665544220002241

RECIBO DE COBRO: Al momento de recibir transferencia por pago de facturas, el prestador, deberá hacer emisión de Recibo X, incluyendo:

- Número de factura e importe.
- Número de transferencia.
- Fecha de transferencia.

Lic. Juan Perez

X

RECIBO

Psicólogo

DOCUMENTO NO VALIDO COMO FACTURA

M.P. 27.555 M.N. 63.211

FECHA 05/09/2018

Nazca 789
Ciudad Autónoma de Bs. As.
Cel: 15-6666-7777

CUIT: 20-30666555-0
Ingresos Brutos: 20-30666555-0
Fecha de Inicio de Actividades: 01/08/2011

Señor : O.S.P.I.F.

Domicilio : Constitución 3674

Localidad : San Justo Tel.: 4651-7411

I.V.A. : Responsable Inscripto C.U.I.T.: 33-60725363-9

Recibí(mos) la suma de Un mil novecientos pesos con 00/100

en concepto de Pago de factura N° 263. Importe \$1.900,00

Transferencia N° 123456. Fecha: 04/09/2018. Banco Nación.

SON \$1.900,00.-

No olvidar el Sello!!

FIRMA

ACLARACION

Recibo generado por Recibo X www.decasoftware.com.ar



Resumen de Historia Clínica

Fecha: _____

Apellido y nombre de paciente: _____

DNI: _____

Diagnóstico: _____

Paciente dependiente: SI NO Puntaje FIM:

Justificación de dependencia: (si corresponde)

Antecedentes de intervenciones terapéuticas y/o educativas:

Evolución del cuadro clínico de base en el último año: Plan terapéutico indicado para año 2027: (detalle de prestaciones solicitadas, en caso de solicitud de transporte debe indicar justificación por la que no puede viajar en transporte público)

Firma y sello médico



Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina

MODELO PRESCRIPCION MEDICA **REHABILITACION** Fecha:/...../20.....

BENEFICIARIO: DNI:

Diagnóstico:

- ☐ Módulo Integral Simple: En total hasta 3 sesiones semanales
- ☐ Módulo Integral Intensivo: En total hasta 5 sesiones semanales

Solicitud:

	Psicología		sesiones semanales
	Psicopedagogía		sesiones semanales
	Fonoaudiología		sesiones semanales
	Terapia Ocupacional		sesiones semanales
	Kinesiología		sesiones semanales
	Psicomotricidad		sesiones semanales
	Musicoterapia		sesiones semanales

Total de sesiones semanales:

Desde Hasta 20.....

Firma y sello médico

MODELO PRESCRIPCION MEDICA **EDUCATIVA** Fecha:/...../20.....

BENEFICIARIO: DNI:

Diagnóstico:

Solicitud: Seleccionar sólo una opción:

☐	Maestra de apoyo	Horas semanales: (mínimo 8hs/ máximo 20hs)	
☐	Apoyo a la Integración Escolar	Horas semanales: (mínimo 8hs/ máximo 20hs)	
☐	Escuela Especial Nivel Inicial	Jornada:	
☐	Escuela Especial Nivel Primario	Jornada:	
☐	Escuela Especial Formación Laboral	Jornada:	
☐	Centro Educativo Terapéutico	Jornada:	Dependencia: SI – NO
☐	Centro de día	Jornada:	Dependencia: SI – NO

Desde Hasta 20.....

Firma y sello médico



SOLICITUD DE TRANSPORTE

R.P./

Apellido y Nombre:

DNI: Edad:

Solicito traslado a:

Sin dependencia ☐

Con dependencia ☐

Período:a 20.....

Escala FIM:

DIAGNÓSTICO:

JUSTIFICACION:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Fecha

Firma y sello Médico



Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina

MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (F.I.M.)

- A PARTIR DE **LOS 6 AÑOS**
- COMPLETA T. OCUPACIONAL O NEUROLOGO (UNICAMENTE)

Apellido y Nombre: DNI:

Diagnóstico: Edad:

Sin Dependencia	7	Independencia Completa	SIN AYUDA
	6	Independencia con Adaptaciones	
Dependencia Parcial	5	Supervisión	CON AYUDA
	4	Mínima Asistencia (Sujeto = 75% o más)	
	3	Moderada Asistencia (Sujeto= 50% o más)	
Dependencia Completa	2	Moderada Asistencia (Sujeto = 25% o más)	CON AYUDA
	1	Asistencia Total (Sujeto = 0% o más)	

CUIDADO PROPIO		ADMISION	REEVALUAC	CIERRE
A	Comida			
B	Aseo			
C	Baño			
D	Vestimenta parte alta del cuerpo			
E	Vestimenta parte baja del cuerpo			
F	Toilette			
CONTROL DE ESFINTER				
G	Manejo de Vejiga			
H	Manejo de Intestino			
MOVILIDAD				
I	Cama, silla, silla de ruedas			
J	Toilette			
K	Ducha			
LOCOMOCION				
L	Camina/ Silla de ruedas			
M	Escaleras			
COMUNICACIÓN				
N	Comprensión			
O	Expresión			
CONEXIÓN SOCIAL				
P	Interacción social			
Q	Resolución de problemas			
R	Memoria			
TOTAL				

FIRMA Y SELLO: _____

Lugar y fecha: _____, ____/ ____/ 202____



**Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina**

Informe cualitativo de la Escala de Medición de Independencia Funcional (FIM)

Apellido y nombre: _____ DNI: _____.

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

.....
.....

2- ASEO PERSONAL: Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

.....
.....

3- HIGIENE: Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

.....
.....

4- VESTIDO PARTE SUPERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....
.....

5- VESTIDO PARTE INFERIOR: Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

.....
.....

6- USO DEL BAÑO: Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

.....
.....

7- CONTROL DE INTESTINOS: Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de ostomía. Frecuencia.

.....
.....

8- CONTROL DE VEJIGA: Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes. Frecuencia.

.....
.....

9- TRANSFERENCIA A LA CAMA, SILLA O SILLA DE RUEDAS: Implica pararse hacia una cama, silla, silla de ruedas, volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

.....
.....



10- TRANSFERENCIA AL BAÑO: Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

.....

.....

11- TRANSFERENCIA A LA DUCHA O BAÑERA: Implica entrar y salir de la ducha o bañera.

.....

.....

12- MARCHA/SILLA DE RUEDAS: Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas.

.....

.....

13- ESCALERAS: Implica subir o bajar escalones.

.....

.....

14- COMPRENSIÓN: Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej: escritura, gestos, signos, etc.

.....

.....

15- EXPRESIÓN: Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

.....

.....

16- INTERACCIÓN SOCIAL: Implica hacerse entender, participar con otros en situaciones sociales y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto como sí mismo y el entorno.

.....

.....

17- RESOLUCIÓN DE PROBLEMA: Implica resolver problemas cotidianos.

.....

.....

18- MEMORIA: Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

.....

.....

EVALUACIÓN INSTITUCIONAL: escriba en base a la evaluación fisiátrica y neuropsicológica realizada, los niveles funcionales neuro-locomotores y cognitivos del paciente.

.....

.....

.....

.....

FIRMA Y SELLO DE LIC. TERAPIA OCUPACIONAL



PRESUPUESTO PRESTACIONAL

Fecha de Emisión: _____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Para Instituciones: Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Almuerzo: Sí - No.

Para prestaciones de apoyo: Cant. De sesiones semanales: _____ Mensuales: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Monto Por sesión: \$ _____ Monto Mensual:\$ _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual:

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA: indicar el horario en cada día de asistencia a la prestación.

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Especialidad						
Horarios	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:	De: Hasta:

Observaciones: _____

Firma y sello del Profesional/ Institución



PRESUPUESTO DE TRANSPORTE

Fecha de emisión:

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:

Domicilio:

Localidad:

Pcia:

Nº Afiliado:

DNI:

Edad:

F.N:

Diagnóstico:

Datos del transportista

Razón Social:

Compañía de seguros:

Póliza:

CUIT Nº

Mail:

Teléfono:

Datos de la Prestación

Período: Desde

Hasta

Cronograma de traslados

Viaje	Domicilio Partida	Destino	Km por viaje	Importe diario	Importe mensual
1					
2					
3					

Cronograma de traslados: marcar con una cruz los días de traslados

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Adicional Dependencia 35%: Si/ No

Puntaje escala FIM:

Total Km mensuales:

Monto mensual:

.....
Firma y sello del transportista



PLAN DE TRABAJO
Terapias de Rehabilitación

Fecha de emisión:

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre:

D.N.I:

Datos de la Prestación

Período:

Modalidad:

Especialidad:

Profesional que atiende al paciente:

Objetivos CONCRETOS propuestos:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

Recursos:

Estrategias y acciones de acuerdo al contexto:

Firma y sello del profesional



PROPUESTA PEDAGOGICA INCLUSIVA
SAIE/ MAESTRA DE APOYO

Fecha de emisión:

Datos del Afiliado

Apellido y Nombre	
D.N.I	
Edad	
Diagnóstico	
Institución Educativa, Nivel, año y turno	

Datos de la Prestación

Prestación	
Maestra de apoyo/ CENTRO	
Período	

La PPI se diseña para un estudiante con NEDD que lo requiera en el contexto de las propuestas de enseñanza planificadas para el grupo. Especifica la reorganización de contenidos, selección de estrategias de enseñanza y organización en el tiempo de aprendizajes vinculados a las características y necesidades singulares.

EVALUACION PEDAGOGICA FUNCIONAL

Dimensión 1: Habilidades Intelectuales

Dimensión 2: Conducta adaptativa

Dimensión 3: Participación, interacción y Roles sociales

Dimensión 4: Salud



Diseño de configuraciones y apoyos

Propuestas metodológicas favorecedoras de la inclusión a desarrollar en el aula

Especificaciones/ configuraciones didácticas por área de acuerdo al nivel y año en curso

PRÁCTICAS DEL LENGUAJE



MATEMÁTICA
CIENCIAS
OTRAS (ESPECIFICAR)

Estrategias y acciones de acuerdo al contexto

Firma y sello del profesional/ Institución



CONSTANCIA DE ALUMNO REGULAR

Nombre del establecimiento:_____

Nº de C.U.E (Excluyente).: _____

Se hace constar que (completar nombre y apellido)_____

DNI (completar nº de documento) _____ es alumno regular del curso / grado / sala
(indicar el que corresponda)_____ turno / jornada

Horarios _____ ciclo lectivo (indicar año) _____

Se extiende dicho certificado para ser presentado a quien corresponda.

En (indicar lugar y/o ciudad) _____

a los días _____ del mes de _____ del año _____.

Firma y sello del establecimiento



MODELO: PLANILLAS DE ASISTENCIA
REHABILITACION: TERAPIAS

1 sesión semanal: 4 mensuales



PRESTACION: _____

PACIENTE: _____ DNI: _____

MES: _____ AÑO: _____

Fecha	Día de la Semana	Horario	Firma padre/ madre/ tutor

Firma y sello de profesional:.....



2 sesiones semanales: 8 mensuales



PRESTACION: _____

PACIENTE: _____ DNI: _____

MES: _____ AÑO: _____

Fecha	Día de la Semana	Horario	Firma padre/ madre/ tutor

Firma y sello de profesional:.....



Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina

Planilla de Asistencia Mensual - Maestro de Apoyo (valor módulo)

Prestador:.....

Apellido y Nombre del beneficiario:

DNI:

Prestación:.....

Periodo (mes y año):.....

Carga horaria mensual:..... hs, de acuerdo al siguiente detalle (*)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15

16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

(*) Se debe indicar la carga horaria día por día (no el horario), Ej: 4 hs no de 8.00 a 12.00 hs

Lugar donde se realiza la integración:.....

Turno (mañana/tarde/doble):

Prestador	Paciente o responsable
Firma y sello del profesional	Firma y aclaración del responsable



Obra Social del Personal de la Industria
del Fibrocemento de la República Argentina

PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL - ACOMPAÑANTE
TERAPÉUTICO

Prestador: Prestación:
Período (mes y año):
Nro. de Factura relacionada:
Domicilio de atención:
Mail: Tel. Cel.:
Apellido y Nombre del beneficiario:
DNI:

Sesión	Fecha dd/mm/aaaa	Horario	Cantidad de sesiones	Firma Profesional	Firma del paciente o responsable
N° 1					
N° 2					
N° 3					
N° 4					
N° 5					
N° 6					
N° 7					
N° 8					
N° 9					
N° 10					
N° 11					
N° 12					
N° 13					
N° 14					
N° 15					
N° 16					
N° 17					
N° 18					
N° 19					
N° 20					
N° 21					
N° 22					

Acompañante Terapéutico	Institución Educativa
Firma	Firma y sello de Directivo
Sello	
Matrícula	
	Sello Institucional



PLANILLA DE ASISTENCIA TRANSPORTE

BENEFICIARIO: _____
DNI _____
MES/AÑO DE PRESTACION: _____
PRESTACION A LA QUE ASISTE: _____

FECHA	FIRMA (PUÑO Y LETRA) PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR	FECHA	FIRMA (PUÑO Y LETRA) PERSONA CON DISCAPACIDAD/FAMILIAR RESPONSABLE/TUTOR

Informo, en carácter de declaración jurada, que la presente constancia de asistencia corresponde a los servicios prestados, cuya factura se acompaña.

FIRMA DE INSTITUCION Y/O PROFESIONAL _____
SELLO DE INSTITUCION Y/O PROFESIONAL _____
FIRMA DEL PRESTADOR TRANSPORTISTA: _____
SELLO DEL PRESTADOR TRANSPORTISTA: _____



Obra Social del Personal de la Industria del Fibrocemento de la República Argentina

ACTA ACUERDO

Maestra de Apoyo a la inclusión – Acompañante Externo

Fecha de emisión: _____

Nombre y Apellido del Alumno/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ DNI: _____

Diagnóstico: _____

Actualmente el alumno/a cursa _____ año del Nivel _____

Escuela _____ Localidad: _____ CUE: _____

La M.A.I/ A.E. asistirá a la institución _____ hs horas semanales en el turno _____ durante el ciclo lectivo 20.....

El Equipo directivo, el Equipo de orientación Escolar y las Profesionales que acompañan, deberán supervisar el proceso, garantizando el cumplimiento del presente acuerdo.

Los padres se comprometen a apoyar el Proyecto, siendo informados sobre la evolución y necesidades del Alumno.

Se deberán realizar supervisiones trimestrales, las cuales serán enviadas a la obra social junto con el informe trimestral (inicio, medio y final).

El presente contrato podrá ser anulado en caso de incumplimiento de alguna de las partes.

El presente Acuerdo posee validez anual. Se evaluará la posibilidad de extenderlo para el próximo año, modificarlo o anularlo.

Observaciones: _____

Nota: el contrato debe estar firmado por las TRES partes coparticipes. Sin excepción.

1. Firma y Aclaración de Padre/ Madre/ Tutor: _____

2. Firma y Aclaración Directivo Escuela de Nivel: _____

3. Firma y Aclaración Maestra de apoyo/ SAIE: _____



Lugar y fecha: , / / 202....

Solicitud de Cambio de Prestador

Beneficiario: _____

D.N.I: _____

Por medio de la presente solicito la baja de la prestación _____

A cargo de _____ a partir del día ____ / ____ / 202__.

Solicito nueva alta para subsidio de la prestación _____

A cargo de _____ a partir del día ____ / ____ / 202__,

Por el período: _____ a _____ 202__.

Firma del beneficiario o representante: _____

Aclaración: _____

D.N.I: _____



CONFORMIDAD PRESTACIONAL

REHABILITACION Y EDUCACION

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

Apellido y nombre del beneficiario:

DNI del beneficiario:

Yo con Documento Tipo (.....)
Nº, doy mi conformidad respecto a la/s prestación/ es que a continuación se detallan y dejo
constancia que me han explicado en términos claros y adecuados, comprendiendo las alternativas disponibles.

1. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación desde hasta
Mes año Mes Año

2. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación desde hasta
Mes año Mes Año

3. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación desde hasta
Mes año Mes Año

4. Prestación:

Prestador:

Período de la prestación desde hasta
Mes año Mes Año

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD:

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:



Obra Social del Personal de la Industria del Fibrocemento de la República Argentina

CONFORMIDAD TRANSPORTE

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado/DNI:

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

Firma:

Aclaración:

Documento:

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

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

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:

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

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

14. CARTILLA

Se recomienda a los afiliados la búsqueda de Centros e Instituciones cercanas al domicilio del beneficiario.

En el siguiente Link se puede realizar búsqueda por localidad y tipo de prestación:

<https://apps.snr.gov.ar/consultarnp/aplicacion/prestadores/prestadores.htm>

IMPORTANTE: PARA LOGRAR UN TRABAJO INTERDISCIPLINARIO, TODAS LAS TERAPIAS DEBE SER EN UNA MISMA INSTITUCIÓN. NO SE AUTORIZARÁN PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN EN CENTROS DIFERENTES.

Se autorizarán HASTA 6 (seis) sesiones semanales.

CARTILLA ORIENTATIVA DE PRESTADORES:

REHABILITACIÓN

Partido: La Matanza



CENTRO MÉDICO SAN JUSTO. O.S.P.I.F. (Ambulatorio)

Consultorio. Especialidades: Psicología, psicopedagogía y fonoaudiología.



Constitución 3674. San Justo.



114441-8795



@ Cmcentral@ospif.org.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 18.



CENTRO MÉDICO SPIRO. O.S.P.I.F. (Ambulatorio)

Consultorio. Especialidades: Psicología, Psicopedagogía, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Kinesiología.



Av. Spiro 3998. Laferrere.



1141684033



@ Cmspiro@ospif.org.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 18.



CENTRO MÉDICO CATÁN. O.S.P.I.F. (Ambulatorio)

Consultorio. Especialidades: Psicología, Psicopedagogía y fonoaudiología.



Av. Spiro 3998. Laferrere.



1141684033



@ Cmcatan@ospif.org.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 18.



CERMI SALUD. San Justo. (Ambulatorio)

Psicología, Psicopedagogía, Psicomotricidad y Terapia Ocupacional.



Enrique Eizaguirre 2431.



1127942821



@ info@cermisalud.com.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 19 y sábados de 9 a 13.



CENTRO AYNE. Villa Luzuriaga (Ambulatorio)

Miguel Cane 3388. Luzuriaga.



Whatsapp: 1150551933



@ Ayne3388@gmail.com



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 18 Y sábados de 9 a 13.



CENTRO LIMA. Isidro Casanova (Ambulatorio)

Lorenzo Miguel 5551 (ex Lima) Isidro Casanova.



11 2347-6928.



@ centrolimasrl@gmail.com



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19



ANFI SALUD. (Ambulatorio)

Psicología, Psicopedagogía, psicomotricidad, musicoterapia, Kinesiología y terapia ocupacional.



Tucumán 1101.



1161529809.



@ anfisalud@anfisalud.com.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 20 y sábados de 9 a 13.

Partido: Monte Grande



CENTRO REDES. (Ambulatorio)

Psicología, Psicopedagogía, fonoaudiología, Kinesiología y terapia ocupacional.



Rivadavia 424.



1122790264



@ centro_redes@yahoo.com.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 20.

Partido: Morón



ANFI SALUD. (Ambulatorio)

Psicología, Psicopedagogía, psicomotricidad, musicoterapia, Kinesiología y terapia ocupacional.



Tucumán 1101.



1161529809.



@ anfisalud@anfisalud.com.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 20 y sábados de 9 a 13.

Partido: Quilmes



INSTITUTO CAREN. (Ambulatorio)

Psicología, Psicopedagogía, fonoaudiología, Kinesiología y terapia ocupacional.



Av. Hipólito Yrigoyen 737.



1161529809/ 0810-362-2273



@ info@grupocaren.org.ar



Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 17.30.

Provincia: Mendoza



AMAD



Montecaseros 2670. Mendoza.



0261 4305395



Echeverría 2045. Godoy Cruz.



0261 4582021



Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 17.30.



AMEM



Sargento Cabral 151. Guaymallen.



0261 4324923/ 4317713



Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 17.30.



CIPRES



Jorge A. Calle 336.



0261 4295721



Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 17.30.



CEDDEC



Teniente Ibañez 43.



0261 4245425/ 4244472



Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 17.30.



ARJE



Chacabuco 1150. San Martín



0234 15516645



Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 17.30.

ESCUELAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL E INTEGRACION ESCOLAR

Partido: La Matanza



ESCUELA ESPECIAL PORTAL DEL SOL.

Modalidad: Discapacidad Intelectual



Arozarena 340. Tapiales



4442-8387



1151627151

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA APRENDER A CRECER.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Esmeralda 417. Haedo.



4659-2531

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA APRENDER A APRENDER.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Tacuari 906. Ramos Mejía.



4654-1346

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA OBRA DEL PADRE MARIO PANTALEO.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Coronel Conde 5670. González Catán.



1154028917

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



IRIM. NUESTRA SEÑORA DE LA ESPERANZA.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Obispo Raspanti 605. Haedo.



4659-7536

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA ESPECIAL CAIPAC.

Modalidad: Discapacidad Auditiva y trastornos del Lenguaje.



Av. Gaona 2772. Ramos Mejía



2058-6685



112736-6611

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Ituzaingó



ESCUELA JUNTOS A LA PAR. ITUZAINGÓ

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



De las Boleadoras 2974. Ituzaingó



2082-3581

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA RECUPERADORA ITUZAINGÓ

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Domingo Olivera 736. Morón



4458-5037

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Morón



ESCUELA INSTITUTO BLANQUERNA.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Julián Pérez 851. Morón



4629-1889



112336-4991

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA ESPECIAL WINNICOTT

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Anatole France 2644. Castelar.



2609-0228

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA ESPECIAL PAPAI.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Gral. Manuel Belgrano 1030. Morón.



2022-0848



11-2452-6876

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



ESCUELA ESPECIAL ITAL

Modalidad: Discapacidad Auditiva y trastornos del Lenguaje.



Gral. Bartolomé Mitre 1043. Morón.



4489-4747.

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Lomas de Zamora



ESCUELA ESPECIAL EL ROBLE.

Modalidad: Discapacidad Intelectual.



Malvinas Argentinas 1154, Temperley.



4243-8764

 Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Provincia: Mendoza



Escuela Especial ESPERANZA



Armani 1120. Mendoza.



0261 4280888

 Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 16.00.



Escuela Especial MONTESSORI



Godoy Cruz 3678. Guaymallén.



0261 4217863

 Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 17.30.



Escuela Especial KUMELEN



Volcán Santa María 1440. Godoy Cruz.



0261 4520656

 Horario de atención: Lunes a viernes de 9 a 17.30.



Obra Social del Personal de la Industria del Fibrocemento de la República Argentina

C.E.T. (Centros Educativos Terapéuticos)

Partido: Ituzaingó



C.E.T. VANPAI



Concejal Nicolas Defilippi 881. Ituzaingó



46232562



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



CET TOPIA



Pablo Zufriategui 670. Ituzaingó.



4658-1647



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



CET MAGRITE



Cnel. Brandsen, ITUZAINGO.



011 4481-0273



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Morón



C.E.T. U.N.U.C.



Moreno 549. Morón



4627-9578



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



C.E.T. RUKALEN



C. Larralde 2443. Castelar



4629-2443



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



C.E.T. SANTA CLARA.



Gral. José de San Martín 335, Morón.



Teléfono: 011 7523-9574.



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: La Matanza



C.E.T. FRANCOISE DOLTO.



Alvarez Jonte 321. Ramos Mejía



1146013217



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



CET COPTLA.



Mitre 125. Ramos Mejía.



4658-1647



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



C.E.T.



Alvarez Jonte 321. Ramos Mejía



1146013217



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



Obra Social del Personal de la Industria del Fibrocemento de la República Argentina

C.A.B.A



C.E.T. COSQUIN.



Cosquín 4660. Lugano



1146013217



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Lomas de Zamora



CET TU LUGAR.



Ángel Gallardo 646. Temperley



4658-1647



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Provincia: Mendoza



CET AEQUALITAS



Joaquín V. González 374. Godoy Cruz.



0261 153422540

Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 16.00.



CET COMPARTIR DE NACA S.R.L



Cervantes 2475. Godoy Cruz.



0261 15981083



Montecaseros 2442. Godoy Cruz



0261 4370274



Aguirre 382. Lujan de Cuyo.



0261 4980298

Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 16.00.



CET TREBOL



Aristóbulo del Valle 736. Mendoza.



0261 15469825

Horario de atención: Lunes a viernes de 8 a 16.00.

CENTROS DE DIA

Partido: La Matanza



CENTRO DE DIA DESPERTARES.



Alsina 58, Ramos Mejía.



011 4464-1107

Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



CENTRO DE DIA CIRE.



Virgilio 378, Isidro Casanova



Teléfono: 011 4694-5145

Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



CENTRO DE DIA RAMOS MEJIA.



Pueyrredón 396. Ramos Mejía.

Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: Cañuelas



AMIGOS SIEMPRE AMIGOS.



Colectora RN 3, Cañuelas.



2226 606554

Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



Obra Social del Personal de la Industria del Fibrocemento de la República Argentina

Partido: Morón



IDEHACERLAS.



Ntra. Sra. del Buen Viaje 1370. Morón.



2226 606554



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: San Fernando



ISAFE. SRL.



3 de Febrero 1227, San Fernando.



011 4725-4135



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Partido: San Fernando



CETTA.



Francisco Beir[o 3650. Olivos.



11 4790-2234



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



Francisco Beiró 3650, B1636 Olivos



011 4725-4135



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

Provincia: Mendoza



ANDAR



Cnel Plaza 745. Mendoza.



0261 4239623



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.

SERVICIO DE APOYO A LA INTEGRACION ESCOLAR



Estimular para incluir.



SERVICIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. VARIAS LOCALIDADES



(+54) 11 5064 2195.



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



IZET.



SERVICIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. DISTINTAS LOCALIDADES



011 4458-4193



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



APADEA.



SERVICIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. DISTINTAS LOCALIDADES



8010-345-2508



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 16.



MATICES DEL OESTE.



SERVICIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. DISTINTAS LOCALIDADES



1128577720.



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.



TIEMPOS.



SERVICIO EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS. MORON, MORENO, MERLO.



1122695818.



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.



ESTIMULACION TEMPRANA



CENTRO DR. MAZZA (EX COPTLA)



Bartolomé Mitre 125. Ramos Mejía,



4658-1647



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.

TRANSPORTE



Transporte UNUC



15-2711-0309



@ Sanymartina2306@hotmail.com



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.



El Viajero del Buen Camino S.A.



15-5951-4395



@ Viajero2023@hotmail.com



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.



Transporte Dusau.



15-36672617



@ Colmanjesica2020@gmail.com



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.



Transporte Hormiga.



15-3777-1070



@ Ezequiel-david-leyria@hotmail.com



Horario de atención: lunes a viernes de 8 a 19.