Anexo IV (CARTILLA DISCAPACIDAD)
Se garantiza el acceso integral a la cobertura establecida en la Ley N° 24.901, que instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, y su Decreto Reglamentario N° 1193/2018 en el marco del Nomenclador de Prestaciones Básicas para personas con discapacidad según lo establecido por la Res. N° 428/99 MSAL y normas complementarias.

PROCEDIMIENTOS:
Se adjunta el archivo **"ANEXO IV RES. 2165/2021 - MANUAL DE ACCESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD"** en el cual se detalla todo lo relativo al proceso para la gestión y autorización de las prestaciones para los asociados que posean certificado único de discapacidad, detallando de forma clara y precisa los aspectos importantes, el circuito del expediente, los lineamientos generales, la documentación que debe ser presentada por el asociado, la documentación que debe ser solicitada y cumplimentada por el médico especialista, la documentación general que debe ser solicitada y cumplimentada por los prestadores de los servicios, circuito de autorización previa, vías de contacto para asociados y prestadores, formulario control (check list), todos los tipos de formularios que deben ser presentados, entre otros.

-Instructivo del procedimiento de acceso a los servicios: En el archivo **"ANEXO IV RES. 2165/2021 - MANUAL DE ACCESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD"** se detalla claramente el procedimiento, el cual cumple con cada uno de los requisitos establecidos por la diferentes Resoluciones dictadas por la Agencia Nacional de Discapacidad y la Superintendencia de Servicios de Salud.

-Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario: Se detalla en la página 03 del archivo **"ANEXO IV RES. 2165/2021 - MANUAL DE ACCESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD"**.

-Procedimiento de autorizaciones: Se detalla en la página 03 del archivo **"ANEXO IV RES. 2165/2021 - MANUAL DE ACCESO A PRESTACIONES DE DISCAPACIDAD"**.

-Modo y periodicidad de la comunicación de cambios en cartilla: Desde el sector Discapacidad se realizan modificaciones una vez al año tanto del manual como de la cartilla, lo cual es informado a través de correos electrónicos a nuestros asociados y prestadores. Asimismo, en caso de que sea necesario comunicar un cambio operativo, ya sea por disposición de la autoridad de contralor o procesos internos, se informa a través de correos electrónicos registrados a todos los involucrados.

La cartilla de prestadores de Discapacidad se encuentra en el archivo **"ANEXO IV RES. 2165/2021 - CARTILLA DE PRESTADORES DISCAPACIDAD"**.

PRESTADORES DISCAPACIDAD

PROVINCIA

BUENOS AIRES

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ANCAROLA, MARIA CLAUDIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ADROGUE	CASTELLI 1438	11 - 42933783
BORRO, MARIA BELEN	TERAPIA OCUPACIONAL	ARRECIFES	LAPRIDA 910	2478 - 450938
RIBISICH, ANABELA	PSICOLOGÍA	ARRECIFES	ESPAÑA 164	2478 - 455817
MORETTI, SABRINA IVANNA	TERAPIA OCUPACIONAL	BELLA VISTA	PARDO 1609	11 - 15-6515-7130
NASTRI, NORA FABIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CASTELAR	PEDRO GOYENA 3465	11 - 36874815
PRADO, MIRIAM	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	COLON	BALCARCE 1044	2473 - 15509600
COGNIGNI, MARIA FERNANDA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	EMILIO V. BUNGE	EMILIO V BUNGE 579	3388 - 15456988
GENNOSO, ANA CAROLINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LA PLATA	15 A 4875	221 - 4242372
SALAZAR, CLAUDIA ALEJANDRA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LA PLATA	132 ENTRE 65 Y 66 1618	221 - 4560745
ZITO, ANDREA SOLEDAD	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LANUS ESTE	ITUZAINGO 1341	11 - 20768068
CAROBISONI, DAIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MAR DEL PLATA	CASTELLI 1432	223 - 156341301
HERMADA, VALERIANA EDITH	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MAR DEL PLATA	GASCON 1855	223 - 4516602
LUENGO, DANIELA GISELE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MAR DEL PLATA	ALVARADO 2037	223 - 4935824
MORALES, ANA ROSA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MAR DEL PLATA	GARAY 3030	223 - 4740009
TINETTI, ANGELINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MAR DEL PLATA	RAWSON 2754	223 - 4958421
BURIN, MELISA MARIEL	TERAPIA OCUPACIONAL	OLIVOS	DOMINGO. F. SARMIENTO 2545	353 - 6577877
CASTELLI, JULIANA MANUELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	PERGAMINO	PUEYRREDON 957	-
FORTI, MARIA BERNARDA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	PERGAMINO	MORENO 732	2477 - 421823
SCHNEIDER, ELIZABETH	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	PERGAMINO	ITALIA 690	2477 - 442176
MUÑOZ, VERONICA ANDREA	PSICOLOGÍA	PERGAMINO	PAZ GRAL. 561	2477 - 15682386
BARLETTA, VANINA MARCELA	TERAPIA OCUPACIONAL	PERGAMINO	ITALIA 690	2477 - 442176
TORRES, VANINA NATALIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	QUILMES	SAN MAURO CASTELVERDE 1462	11 - 1558682156
GRETA PERALTA	TERAPIA OCUPACIONAL	RAMOS MEJIA	AV RIVADAVIA 13876	11 - 62985432
LASTIRI, MARIA ESTER	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAMOS MEJIA	AV. RIVADAVIA 14276	11 - 44691860
LADINES, CLAUDIA MARIELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN MARTIN	ISLAS MALVINAS 2617	11 - 1560982002
RUIZ, SOLEDAD	PSICOLOGÍA	SAN MARTIN	GURUCIAGA LEON 745	336 - 154395940
ADAGINI, NADIA SOLEDAD	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN NICOLAS	AMEGHINO 179	336 - 4576316
ARRANZ, LUCIA DE LOS MILAGROS	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN NICOLAS	MITRE 176	336 - 154242650
DALLARI BABINI, GISELLE VIVIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN NICOLAS	AYACUCHO 26	336 - 4423341
MAGARIÑOS, SONIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN NICOLAS	POMBO 439	336 - 4435370
PINTENER, MARIA VICTORIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN NICOLAS	ALEM 182	336 - 154689827
BRASI, MARIA SOFIA	PSICOLOGÍA	SAN NICOLAS	MITRE 176	336 - 4485606/154337451
MAYOL, MARIA EUGENIA	PSICOLOGÍA	SAN NICOLAS	25 DE MAYO 163	336 - 4346642
FERRERO, MARIA SOL	TERAPIA OCUPACIONAL	SAN NICOLAS	BALCARCE 216	-
WIRZ, LETICIA MABEL	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA BALLESTER	WITCOMB 2479	11 - 47383943

PROVINCIA

CATAMARCA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
FRANCO, IRENE CECILIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CATAMARCA	-	383 - 154050621

PROVINCIA
CHACO

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
KOFFLER, VANESA EVELYN	PSICOLOGÍA	MIRAFLORES	AV. SAN MARTIN S/N	-

PROVINCIA
CHUBUT

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
RAUCH, ALFREDO RUBEN	PSICOLOGÍA	COMOD. RIVADAVIA	CAYELI 925	3624 - 078452

C.A.B.A. (Ciudad Autónoma de Bs. As.)

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CEMIC	PSICOLOGÍA	BUENOS AIRES	AV. RIVADAVIA (CTRO. CABALLITO)	11 - 52991300
INEBA - INST. DE NEUROCIENCIAS	-	BUENOS AIRES	GUARDIA VIEJA	11 - 48677700

PROVINCIA
CÓRDOBA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
MACCIO, MACARENNA LIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ADELIA MARIA	JUAN XXIII	3585 - 421844
AUDISIO, YAMILE ESTEFANIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ALCIRA GIGENA	BV ROCA	358 - 4960644
BRITO, FABIANA ANDREA	PSICOLOGÍA	ALCIRA GIGENA	BV. ROCA 712	0358-4960203
PEROTTI, SOFIA BELEN	PSICOLOGÍA	ADELIA MARIA	JUAN XXIII	3585 - 421844
BRITO, SOLEDAD ANDREA	PSICOPEDAGOGÍA	ALEJANDRO	CESAR COMELLI	358 - 4980423
RAIMUNDO, DEBORA BETIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ALEJANDRO	BELGRANO Y CESAR COMOLLI	358 - 4980423
PENA, MARIANELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ALEJO LEDESMA	GENERAL PAZ	3468 - 15648644
ZANIER, CELINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ALTO ALBERDI	VAIMONTO	-
TUNINETTI, PAULA	PSICOLOGÍA	ALTOS DE CHIPION	LUCHINI	3562 - 15506276
ANGELERI, CONSTANZA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ARIAS	ESPAÑA	03468-15644356
MORIS KLIMKEIT, ALINA PAOLA	PSICOLOGÍA	ARIAS	AV. ESPANA	-
ZEC, MARIA FLORENCIA	PSICOPEDAGOGÍA	ARIAS	SANTA CRUZ	3468 - 441595
CABALLO, ANTONELLA STEFANIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ARROYITO	SARMIENTO	3576 - 454534
GRIBAUDO, PAMELA SOLEDAD	PSICOMOTRICISTA	ARROYITO	Velez Sarsfield	03576-421763
BENEDETTI, MABEL ROSANA	PSICOPEDAGOGÍA	Bº SANTA ANA	PJE LUIS AGOTE	351 - 156639669
ALOCO, ANA PAULA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	BELL VILLE	ALBERDI	3537 - 415801/15517928
ALOCO, MARIA JOSE	PSICOLOGÍA	BELL VILLE	ALBERDI	-
SAAVEDRA, LAURA	PSICOLOGÍA	BELL VILLE	CORDOBA	351 - 155936725
MARTINELLI, MELISA ISABEL	PSICOMOTRICISTA	BERROTARAN	ROGELIO MARTINEZ	0351-155072302
DIAZ, ANTONELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	BIALET MASSE	ITALIA	3541 - 15337401
MOYA, VICTORIA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	BRINKMANN	PITT FUNES 996	-
BELTRAMINO, NATACHA SOLEDAD	MAESTRA EDU. ESPECIAL	BRINKMANN	HIPOLITO IRIGOYEN	03562-400312

PROVINCIA

CÓRDOBA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
SERRA, VERONICA BEATRIZ	PSICOLOGÍA	BRINKMANN	DR. PITT FUNES 996	03562-455011
AGUIRRE, PAULO SEBASTIAN	PSICOPEDAGOGÍA	BRINKMANN	DR. PITT FUNES	-
GUARDIERO, SILVINA RAQUEL	PSICOPEDAGOGÍA	BRINKMANN	DR. PITT FUNES	03562-455011
INGARAMO, ANTONELLA	PSICOPEDAGOGÍA	BRINKMANN	PITT FUNES	3562 - 455011
SOBRERO, CARINA ALEJANDRA	TERAPIA OCUPACIONAL	BRINKMANN	JOSE MARMOL	03562-480210
TORCHIO, PAMELA EUGENIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	COLONIA CAROYA	MTRA. OLGA PROSDOCIMO	-
CAMERA, MARIA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	COLONIA MARINA	CORRIENTES 103	3564 - 424016
POSSETTO, ROMINA LAURA	PSICOLOGÍA	COLONIA VIGNAUD	SAN MARTIN 408	03564-450930
ACCOTTO, NARELLA ALICIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	AV. H. IRIGOYEN 384	3571 - 471621 / 15564301
ANDICOECHEA, ILIANA DEL VALLE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	JACINTO RIOS 180	351 - 4519217/156859887
ARMANDO, NATALIA INES	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	ALSINA 86	3543 - 435160
ARTOLA, CLAUDIA DEL VALLE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	SANTA ROSA 70	351 - 153178242
BIANCHI, EUGENIA SUSANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	LUIS DE TEJEDA 4067	351 - 4813719
CERREZUELA, MARIA ALEJANDRA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	MENDOZA 65	351 - 4218000
CORONEL, MARCELO DANIEL	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	BRASIL 464	0351-4114030
GAINZA, EVANGELINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	CHACHAPOYAS 2049	351 - 152651000
GALBIATI, LUISINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	LEONOR DE TEJEDA PB 1141	2334 - 15484677
GUELFI, NATALIA GLORIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	BUENOS AIRES 855	353 - 4910712
JUAREZ, JULIETA ANAHI	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	BV. OCAMPO 266	351 - 156198718
MARTINEZ ARIAS, CLAUDIA JIMENA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	NICETO VEGAS 844	351 - 152719585
MIGLIORINO, MARIA ROSA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	EDMUNDO MARIOTTE 5889	3543 - 446645
MIOTTI, MARIA VICTORIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	JUJUY 279	3472 - 441212/15552983
OLIVA, PATRICIA TERESA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	AV. COLON 5300	351 - 4850251/156641312
TIRANTINO ANNET, MARCELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	SUIPACHA PB 2161	351 - 4513289
TRIUNFETTI, GABRIELA SUSANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	JUAN BAUTISTA DANIEL 981	351 - 4817061/156165363
VILLALBA, ANAHI DEL VALLE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	ROQUE FERREYRA 61	-
ZAMPROGNO, MARIA LORENA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORDOBA	ECHEVERRIA 258	351 - 152112451
BERTOTTI, GUILLERMO HORACIO	PSICOLOGÍA	CORDOBA	ATENCION A DOMICILIO 0	351-153342179
BONISCONTI, CAROLINA	PSICOLOGÍA	CORDOBA	SALVADOR SCAVUZZO 243	351 - 152378989
BUSSI, SANDRA NOELIA	PSICOLOGÍA	CORDOBA	URQUIZA 65	351 - 153177153
ELS, MARIA VIRGINIA	PSICOLOGÍA	CORDOBA	CRISOL 6	351 - 153581401
MANSUR, MARIA FERNANDA	PSICOLOGÍA	CORDOBA	MARCELO T DE ALVEAR 465	351 - 152102219
MARIN, ADRIANA PATRICIA	PSICOLOGÍA	CORDOBA	PDRE LUIS MONTI 1893	351 - 4512841
RODRIGUEZ, NOELIA NOEMI	PSICOLOGÍA	CORDOBA	CHACHAPOYAS 2049	351 - 4519816
SANCHEZ GONZALEZ, ANAHI	PSICOLOGÍA	CORDOBA	S DE JULIO 566	351 - 155175281
SCHWARTZ, CECILIA VIOLETA	PSICOLOGÍA	CORDOBA	AV. FERNANDO FADER 3826	351 - 4824218
SGRO, ESTEFANIA	PSICOLOGÍA	CORDOBA	SALTA 1968	-
ULLA, NATALIA	PSICOLOGÍA	CORDOBA	RUCCI 372	353 - 4145649
RECALDE, MARIA EUGENIA	PSICOMOTRICISTA	CORDOBA	MANUEL LUCERO 354	351 - 4716168
BOTTALLO VERA, MARIANA	PSICOPEDAGOGÍA	CORDOBA	27 DE ABRIL 991	-
D'ANDREA, LORENA NATALI	PSICOPEDAGOGÍA	CORDOBA	AYACUCHO 2136	358 - 15415492
GREGORIO, MELINA	PSICOPEDAGOGÍA	CORDOBA	ROBERTO PAYROS 4608	351 - 7634468
LESCANO, SILVIA ELIZABETH	PSICOPEDAGOGÍA	CORDOBA	ARGANDONA 2211	-
NOBILE, CLAUDIA SILVANA	PSICOPEDAGOGÍA	CORDOBA	YAVI 5435 BA QUEBRADA DE LAS 1	351 - 4851428
QUISPE POSSE, VIVIANA ANDREA	PSICOPEDAGOGÍA	CORDOBA	SANTIAGO COSTAMAGNA 6805	351 - 3160022

PROVINCIA

CÓRDOBA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
SIMON, SOFIA	PSICOPEDAGOGÍA	CORDOBA	AV SABATTINI 506	0351-4718615
CIREHA	-	CORDOBA	AV. LAPLACE 5400 LOCAL 1 Bº V.	03543-442847
TOMBESI, ROMINA	-	CORDOBA	SANTA ROSA 1104	351 - 4218770/153711986
FERRARI, MARIA MARTA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORRAL DE BUSTOS	SAN MARTIN 220	3468 - 423622/15506420
GARNERO, MARIA GABRIELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORRAL DE BUSTOS	25 25 DE MAYO 298	3468 - 15564345
CESANO, MICAELA	PSICOPEDAGOGÍA	CORRAL DE BUSTOS	AV. BELGRANO 1	-
MARCHESI, MARIA DEL VALLE	PSICOPEDAGOGÍA	CORRAL DE BUSTOS	CORRIENTES 828	3468 - 422917
CIACCI, MARIA GISELLE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CORRALITO	SAN MARTIN 51	351 - 156869277
CRESPIN, FABIOLA DESIREE	PSICOLOGÍA	CORRALITO	ESTEBAN PIACENZA 1	3871 - 15616123
CICUTTI, MARTINA MERCEDES	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CRUZ ALTA	RIOJA 1033	3467 - 400973
VALLESI, JULIETA	PSICOPEDAGOGÍA	CRUZ ALTA	SANTIAGO TOULLIEUX 813	-
SOSA SCARPONETTI, ANGELA SAMANT	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	DEAN FUNES	VELEZ SARSFIELD 36	351 - 152058899
ALONSO, MARIBEL NATALIA	PSICOLOGÍA	DEVOTO	25 DE MAYO 1194	3564 - 481718
OYEN, CAROLINA BEATRIZ	PSICOMOTRICISTA	DEVOTO	ESPAÑA 458	3564 - 15573422
PAVIOLO, VERONICA	PSICOMOTRICISTA	DEVOTO	MARIANO MORENO 308	-
TESTA, CRISTINA DEL MILAGRO	PSICOMOTRICISTA	DEVOTO	BELGRANO 177	3564 - 481170
FILIPPA, ELIANA	PSICOPEDAGOGÍA	DEVOTO	SAN MARTIN 280	-
CAVALLO, NABILA LUZ	-	DEVOTO	ITALIA 763	3564 - 15648401
GUIZZARDI, PAOLA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ELENA	SAN JUAN 68	358 - 154023671
CARIGNANO, CLAUDIA BERNARDITA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	FREYRE	GENERAL ROCA 167	03564-461350
FERNANDEZ, JULIETA CAROLINA	PSICOMOTRICISTA	FREYRE	INDEPENDENCIA 1061	03564-15415380
GRANGETTO, MARIA VERONICA	PSICOLOGÍA	FREYRE	ALVEAR 38	3564 - 15567685
VERA, MARIA DE LUJAN	PSICOMOTRICISTA	GENERAL DEHEZA	BUENOS AIRES 570	-
PERALTA LANA, GABRIELA IRENE	PSICOPEDAGOGÍA	GENERAL DEHEZA	JOSE INGENIEROS 71	358 - 4295120
CARRILLLO ARIZA, ANDREA PATRIC	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	HERNANDO	COLON 245	351 - 15566374
BRUNETTA, ROMINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	HUANCHILLA	SAN MARTIN 115	3584 - 429393
AYALA, CLAUDIA ELIZABETH	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	JESUS MARIA	EL MIRADOR 2013	3525 - 401109
LONDERO, SILVANA MARIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	JESUS MARIA	CLETO PEÑA 63	03525-605868
MARIN, MARIELA BETINA	PSICOLOGÍA	LA CALERA (DPTO. COLON)	MZA 219 LOTE 9 219	351 - 153642254
SARGIOTTO, CAROLINA VANESA	PSICOMOTRICISTA	LA CARLOTA	SOBREMONTE 116	-
MARTELLI, LUCIA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LA FRANCIA	RUTA 19	3564 - 71005
ATENCIO, MARIA SOLEDAD	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LABORDE	LAVALLE 251	3537 - 460987
BRUERA, MARIA EUGENIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LABORDE	LAS HERAS 259	03537-461509
COISET, GISELA	PSICOLOGÍA	LABORDE	BOLIVIA 256	351 - 53316309
BORDI, INGRID	PSICOMOTRICISTA	LABORDE	PUEYRREDON 870	03537 - 461509
MARTINENGO, GISEL	PSICOMOTRICISTA	LABORDE	BOLIVAR 256	353 - 4898120
TURCHI, MARIA BELEN	PSICOPEDAGOGÍA	LABORDE	RIVADAVIA 617	3537 - 483667
MOSCONI, SILVINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LABOULAYE	AMEGHINO 12	3385 - 420742
RINALDI, PATRICIA ALEJANDRA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LABOULAYE	CASEROS 39	3385 - 426038
SICOT, MELINA PAULA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LABOULAYE	LAS HERAS 125	3385 - 15437636
BUFFA, ELIZABETH MARCELA	PSICOMOTRICISTA	LABOULAYE	LAS HERAS 32	03385-420742
BIANCIOTTI, PAMELA	PSICOPEDAGOGÍA	LABOULAYE	RIVADAVIA 342	03385 - 15445184
DE LUENGAS, MARIA VERONICA	PSICOPEDAGOGÍA	LABOULAYE	MORENO 5	03385-421691
FARAONI GHIBAUDO, ANAHI BELEN	PSICOLOGÍA	LAGUNA LARGA	GRAL. PAZ 370	3572 - 15502357
MARENCHINO, SILVIA ANABEL	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LAS VARILLAS	GRAL. PAZ 256	03533-421449/456551

PROVINCIA

CÓRDOBA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
MARTINEZ, MARIANELA DANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LAS VARILLAS	GENERAL ROCA 161	3533 - 420086
FISSORE, NATALIA NOEMI	PSICOLOGÍA	LAS VARILLAS	MARIANO MORENO 285	-
SOLASO, JULIETA	PSICOLOGÍA	LAS VARILLAS	ROQUE SAENZ PENA 172	351 - 15417092
VISCONTI, JULIETA	PSICOMOTRICISTA	LAS VARILLAS	GUEMES 495	03533-420433
BALDASSA, MARIA LAURA	PSICOPEDAGOGÍA	LAS VARILLAS	GRAL. PAZ 256	03533-456551
LASCANO, VALERIA DEL VALLE	TERAPIA OCUPACIONAL	LAS VARILLAS	GRAL. PAZ 256	03533-456551
PEREZ, VERONICA SANDRA	PSICOLOGÍA	LEONES	TUCUMAN 240	-
GROSSO, MARCELA ALEJANDRA	PSICOMOTRICISTA	LEONES	AMADEO BERNITI 216	03472 - 481464
NUÑEZ, LAURA INES	-	LOS SURGENTES	BELGRANO 585	03467-495333
BERTERO, ROSANA ELIZABET	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MARCOS JUAREZ	1 DE MAYO 19	3472 - 423658
DELLAROSSA, MARIA ANGELICA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MARCOS JUAREZ	JUJUY 549	3472 - 15587295
ELZAURDIA, ANA CLAUDIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MARCOS JUAREZ	BEIRO Y 1 DE MAYO 1	3472 - 423027
LLORET, ADRIANA BEATRIZ	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MARCOS JUAREZ	BELGRANO 729	3472 - 15532931
GUERRINI, ANGELA MARIA	PSICOLOGÍA	MARCOS JUAREZ	CHAMPAGNAT 249	-
LERDA, VALERIA	PSICOLOGÍA	MARCOS JUAREZ	SAN MARTIN 1295	15503047
LINGUA, VIRGINIA	PSICOLOGÍA	MARCOS JUAREZ	AVELLANEDA 908	3472 - 15432975
GERBAUDO, MARIA DEL MAR	PSICOPEDAGOGÍA	MARCOS JUAREZ	BEIRO 334	3472 - 15620558
MAMANI, JESICA SALOME	PSICOPEDAGOGÍA	MARCOS JUAREZ	BELGRANO 1169	03472-443204
GARCIA, BETINA NORA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MONTE MAIZ	CHUBUT 1648	3468 - 472846
CORDOBA, YAMILA	PSICOPEDAGOGÍA	MONTE MAIZ	ENTRE RIOS 1683	3468 - 472749
MUÑOZ, JULIETA ERICA	PSICOPEDAGOGÍA	MONTE MAIZ	CORRIENTES 1460	03468-472601
SARAVIA, DAIANA	PSICOPEDAGOGÍA	MONTE MAIZ	NEUQUÉN 1848	3468 - 536566
FERRERO, SOLANGE MARIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MORTEROS	LOCATELLI 645	3562 - 15449828
RAINAUDO, CARLA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MORTEROS	DEAN FUNES 379	3562 - 15408884
RHO, MARCELA LAURA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MORTEROS	AV. LIBERTADOR 405	3562 - 404983
BERTONE, NATALIA BELEN	PSICOLOGÍA	MORTEROS	SAN MARTIN 69	-
RUI, MARIA FLORENCIA	PSICOLOGÍA	MORTEROS	ESPAÑA 1948	3562 - 15543856
BONGIOVANNI, MICAELA ELISA	PSICOMOTRICISTA	MORTEROS	OLMOS 64	03562 - 403190
DEGLI, GISELA VIRGINIA	PSICOMOTRICISTA	MORTEROS	BRASIL 130	3562 - 402860
CALUVA, IRENE ANDREA	PSICOPEDAGOGÍA	MORTEROS	BV. 25 DE MAYO 1445	3562 - 15505480
GIUSIANO, MARIANA SOLEDAD	PSICOPEDAGOGÍA	MORTEROS	BV. EVA PERON 242	-
PETRELLI, MARIA FLORENCIA	PSICOPEDAGOGÍA	MORTEROS	EVA PERON 266	3562 - 438090
SOMMAVILLA, LORENA ASUNCION	PSICOPEDAGOGÍA	MORTEROS	SOLDANO 493	3564 - 14511753
MARQUEZ, LORENA DOLORES	TERAPIA OCUPACIONAL	MORTEROS	OLMOS 439	03562-402546
MILANESIO, JESICA IVANA	TERAPIA OCUPACIONAL	MORTEROS	CASEROS 1352	3562 - 404305
TONETTI, MARIA ALEJANDRA	TERAPIA OCUPACIONAL	MORTEROS	ITALIA 495	03562-403221
BARRERA, JESICA DEL MILAGRO	PSICOLOGÍA	OLIVA	CORRIENTES 215	15416976
ROMAN, EVANGELINA DANIELA	PSICOPEDAGOGÍA	OLIVA	RIVADAVIA 691	3532 - 41300
MANDILE, VANESA YANINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ONCATIVO	ITUZAINGO 193	3572 - 460038/15667531
FERRERO, NATALIA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	ONCATIVO	BELGRANO 311	3572 - 457148
CENIR HEALTH S.A	-	ONCATIVO	SAN MARTIN 763	3572 - 457737
PELLEX, SHIRLEY MARIAM	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	PASCO	BUENOS AIRES 192	353 - 4885103/154791281
MORALES, CINTIA ELIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	PILAR	LA PAMPA 1232	3572 - 470658/15541387
ALTAMIRANO, ANALIA LAURA	PSICOLOGÍA	PILAR	SAN LUIS GONZAGA 1331	annalialic@gmail.com
CHIECHI, CLEDY ANABEL	PSICOLOGÍA	PILAR	ZENON LOPEZ ESQ MITRE 1	-

PROVINCIA

CÓRDOBA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
GALLO, NOELIA ESTHER	PSICOMOTRICISTA	PILAR	JUAN BAUTISTA BUSTOS 1663	3572 - 15529368
MAZZOCATTO, ROCIO ELI	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	PORTEÑA	INTENDENTE PITA 637	3564 - 15694305
RAMOS, MARIA JULIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	PORTEÑA	RIVADAVIA 44	03564-450308
CALATRONI, MARIA EMILIA	PSICOPEDAGOGÍA	PORTEÑA	BELGRANO 329	3564 - 451018
TOIA, MELISA PAOLA	PSICOLOGÍA	PORTEÑA	SARMIENTO 372	351 - 152470264
SORIA, VANESA BEATRIZ	-	POZO DEL MOLLE	FLORENTINO AMEGHINO 341	0353-4869818
CARBALLO, NORMA BEATRIZ	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	BELGRANO 633	358 - 4780284
CIMINO, GRACIANA DEL VALLE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	COLON 374	358 - 4635319
CROCE, KARINA EDITH	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	H. YRIGOYEN 1020	-
FERRARO, MARIA EUGENIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	SADI CARNOT 1047	358 - 154115185
GIORGI, FLORENCIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	SAN LORENZO 932	358 - 4645886
LESCANO, MARIA EUGENIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	SOBREMONTE 1388	358 - 4621010
MUÑOZ, ANABELLA CELESTE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	AVDA ITALIA 1384	358 - 4797326
NIMIS, MARIA FLORENCIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	SUCRE 138 B 138	358 - 154323035
PELLEGRINI, MARIA LAURA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	ROMA 1958	358 - 154284348
PELLEGRINO, VIRGINIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	AVDA SABATINI 2048	358 - 156018705
SOLIS, CECILIA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO CUARTO	PTE PERON 512	358 - 4637105
BASCONI, MARIA EUGENIA	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	SOBREMONTE 959	-
BERGESE, NATALIA MAITE	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	ALBERDI 823	-
BIANCO, MARINA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	MARIA OLGUIN 1119	-
BIANCONI, PAULA ANAHI	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	MORENO 1044	-
CRESPO BERRARDO, SANDRA L.	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	SAN MARTIN 817	-
DAVICINO, MICAELA	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	SAN MARTIN 430	351 - 155090677
DI SANTO, CINTIA MERCEDES	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	GRAL. PAZ 271	358 - 154232597
FERRERO, MARIA EMILIA	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	ALBERDI 1154	-
GALLARDO, GABRIEL ALEJANDRO	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	SAINT RENY N 837	358 - 154350704
PIZARRO, SILVIA LILIANA	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	CASEROS 591	-
RIVERO, MARIA EUGENIA	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	AV SABATINI 2048	-
SCOPPA, SOFIA	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	MARCELO T. ALVEAR 1188	358 - 154193472
SILVA, MATIAS NICOLAS	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	MAIPU 982	-
TAGLIERO, PAULA ANDREA	PSICOLOGÍA	RIO CUARTO	SEBASTIAN VERA 122	358 - 154325956
BORGES, GABRIELA ALEJANDRA	PSICOMOTRICISTA	RIO CUARTO	ESTRADA 983	0358-4640900
BRANCHER, ALEJANDRA SOLEDAD	PSICOMOTRICISTA	RIO CUARTO	BELGRANO 387	0358-4638093/542121
PONCE, GUADALUPE ANDREA	PSICOMOTRICISTA	RIO CUARTO	SOBREMONTE 121	0358-154255943
RIECKMANN, GISELA VANINA	PSICOMOTRICISTA	RIO CUARTO	PASAJE DERRAGUEIRA 1919	0358-4621010
MARTINEZ, MARILINA PAOLA	PSICOPEDAGOGÍA	RIO CUARTO	H. IRIGOYEN 1553	358 - 4650630
LUDUEÑA, MERCEDES	PSICOPEDAGOGÍA	RIO CUARTO	ALVEAR 1052	358 - 154014331
TELLO, NOELIA	PSICOPEDAGOGÍA	RIO PRIMERO	JUJUY 134	03574-421388
JARRYS, BETINA	PSICOLOGÍA	RIO SEGUNDO	GUATEMALA 392	351 - 153258206
SAYAS OSTERMEYER, DANA KATHERI	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO TERCERO	MENDOZA 39	3571 - 503841/15602693
ZALAZAR, CLAUDIA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIO TERCERO	ALBERDI 354	3571 - 41300315697190
PRANZONI, JULIA	PSICOLOGÍA	RIO TERCERO	ANGEL V. PENALOZA 78	-
PATRES, MARIA LAURA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	S. A. DE ARREDONDO	HEROES DE MALVINAS 146	351 - 153954456
ALBERTO, MARIA CECILIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	ITURRASPE 1248	3564 - 427840/15524794
AYALA, ANDREA ELINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	CABRERA 2856	3564 - 426640/15645879

PROVINCIA

CÓRDOBA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
BRUNO, VALENTINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	ESPAÑA 277	3564 - 479373
CONTI, MARIA CECILIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	SAN LORENZO 108	3564 - 420893/427160
CORDOBA, SILVIA MARCELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	CARLOS GILLI 3008	3564 - 498405
CORTI, CAMILA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	IRIGOYEN 838	3564 - 423952
CRAVERO, KARINA RITA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	AVELLANEDA 348	3564 - 424016
DEMARCHI, VICTORIA CECILIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	SALTA 691	3564 - 15518259
ENSABELLA, LUCIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	PELLEGRINI 182	-
GUDIÑO, MARIA EUGENIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	INDEPENDENCIA NORTE 1	-
MAINERO, NADIA FLORENCIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	LARREA 2647	03564-438604
PAGANI, LAURA BEATRIZ	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	INDEPENDENCIA 457	3564 - 430448
PERETTI, ROSANA LILIAN	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	ITURRASPE 1248	03564-427840
PIZZI, PAOLA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	GERONIMO DEL BARCO 1923 0	03564-424117
SILEONI, MARIA CECILIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	CORRIENTES 295	-
VILLARREAL, ELIANA PAMELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN FRANCISCO	MARCONI 1345	3564 - 420829
BARBERO, AGUSTINA MICAELA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	LARREA 2627	3564 - 426640
BONINO, EMILIA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	MUÑOZ 515	351 - 153367569
DEZZI, LUISINA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	INDEPENDENCIA 1315	3564 - 504461
FORNERO, VIRGINIA GABRIELA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	MUÑOZ 1227	-
GALOPPO, PATRICIA GUADALUPE	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	ESPAÑA 277	3564 - 15570159
GENARO, DANIELA RITA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	CARLOS GILLI 1939	3564 - 425192
MARLATTO, ALEJANDRA RAQUEL	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	INDEPENDENCIA NORTE 3531	-
MARTINENGO, JESICA ANAHI	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	ENTRE RIOS 2596	11 - 68290479
MASERA, FLORENCIA DE LOS ANGEL	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	9 DE JULIO 2620	3564 - 15661571
MASUERO, MARIA CARLA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	ECHEVERRIA 430	3564 - 15678400
NIZZOLA, YANINA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	MUÑOZ 1248	3564 - 15506275
PAGLIANO, LILIANA EDITH	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	MEXICO 2354	3564 - 430917
PORPORATO, MARIA LAURA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	PARAGUAY 2156	-
RUSTICHELLI, VALERIA ALEJANDRA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	ARISTOBULO DEL VALLE 176	03564-443934
SANTINELLI, NOELIA ROMINA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	SARMIENTO 205 ESQ. LIBERT 205	3564 - 438479
SAPEI, VALERIA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	FORMOSA 347	-
SIMON, PAOLA DE LOS MILAGROS	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	RIO NEGRO 541	03564-443110
SOSA, MARISOL BEATRIZ	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	CABRERA 3520	-
VIDAL, FLORENCIA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	SALTA 2755	3564 - 15473015
VIERA, LUCIANA MARIA	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	COLON 746	3564 - 15605950
VINCENTI, NATALIA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	SAN FRANCISCO	ITURRASPE 1248	3564 - 427840
ALBERTO, MARIA EUGENIA	PSICOMOTRICISTA	SAN FRANCISCO	ITURRASPE 1248	3564 - 427840
CAULA, VANINA ALEJANDRA	PSICOMOTRICISTA	SAN FRANCISCO	LIMA 261	-
MATTIO, LUDMILA	PSICOMOTRICISTA	SAN FRANCISCO	AMEGHINO 377	-
MONZONI, MARCELA SAVINA	PSICOMOTRICISTA	SAN FRANCISCO	MITRE 330	3564 - 424161
RAVIOLO, MARIA VANESA	PSICOMOTRICISTA	SAN FRANCISCO	BELGRANO 2359	03564-436145
BAILETTI, CECILIA	PSICOPEDAGOGÍA	SAN FRANCISCO	CHAMPAGNAT 47	3564 - 570067
CARIGNANO, LUCIANA	PSICOPEDAGOGÍA	SAN FRANCISCO	CALLE PUBLICA "H" 1670	03564-15570748
CONTRERAS, ESTEFANIA	PSICOPEDAGOGÍA	SAN FRANCISCO	LARREA 1117	3564 - 15476634
FINO ROMINA, GRACIELA	PSICOPEDAGOGÍA	SAN FRANCISCO	BELGRANO 3556	03564-428229
FUNES, MARIA INES	PSICOPEDAGOGÍA	SAN FRANCISCO	INDEPENDENCIA 1457	03564-430448

PROVINCIA

CÓRDOBA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
LUQUE, MARIANA	PSICOPEDAGOGÍA	SAN FRANCISCO	ARISTOBULO DEL VALLE 176	03564-434181
MARSON, MARIA VIRGINIA	PSICOPEDAGOGÍA	SAN FRANCISCO	FORMOSA 3828	3564 - 427840
STASSI, SILVINA BEATRIZ	PSICOPEDAGOGÍA	SAN FRANCISCO	BELGRANO 2359	-
BOSSIO, DANIELA ALEJANDRA	TERAPIA OCUPACIONAL	SAN FRANCISCO	BV. SAENZ PEÑA 3895	3564 - 424016
CORRENTI, GISELA PAOLA	TERAPIA OCUPACIONAL	SAN FRANCISCO	AVELLANEDA 348	03564-427160
MANSILLA, MARIA SILVANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VICUÑA MACKENNA	J RIVAROLA 573	3583 - 488432
MOLINS, DANIELA VALERIA	PSICOLOGÍA	VICUÑA MACKENNA	JORGE NEWBERY 685	3583 - 15640933
GRIMALDI, GEORGINA	PSICOMOTRICISTA	VICUÑA MACKENNA	BISCEGLIA 985	-
CABALLERO, ANA BETTINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA ALLENDE	AV. ROQUE SAENZ PEÑA 358	-
GONZALEZ, FRANCA GABRIELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA ALLENDE	AC. CARCANO - TORRE:2 1005	351 - 153259460
CORRAL, PAOLA VERONICA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA CARLOS PAZ	LISANDRO DE LA TORRE 93	3541 - 15619445
GATTI, CELINA LORENA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA CARLOS PAZ	ROQUE SAENZ PENA 1328	351 - 4370811
RIVERO, ABEL DARIO	PSICOLOGÍA	VILLA CARLOS PAZ	CASEROS 50	3541 - 15523187
GRAFFI, CLAUDIA SILVANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	V. GRAL. BELGRANO	AV. GAUSS 5676	3543 - 441990/153422034
ARPON, MARIA SOLEDAD	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA MARIA	CORRIENTES 744	353 - 4646500
ERMACORA, FLAVIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA MARIA	AV. INDEPENDENCIA 1228	353 - 4520651/154084430
ESTRADA FONSECA, SOFIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA MARIA	RUCCI 382	353 - 4534172/155669716
GIANONI, GABRIELA NOEMI	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA MARIA	L. DE LA TORRE 436	353 - 154184795
NORIEGA, NATALI NADYA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA MARIA	MENDOZA 1237	353 - 4520304
REBOLA, ANA CLARA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA MARIA	25 DE MAYO 409	353 - 4178830
CARRERA, VICTORIA	PSICOLOGÍA	VILLA MARIA	AV SABATINI 495	-
GAMACCHIO, ANA LUCIA	PSICOLOGÍA	VILLA MARIA	SABATTINI 495	353 - 154114739
PYTEL, BEATRIZ ALEJANDRA	PSICOLOGÍA	VILLA MARIA	RUCCI 382	0353-4534172
SANCHO JUANE, FLORENCIA EMILIA	PSICOLOGÍA	VILLA MARIA	MENDOZA 1628	351 - 152218687
SUAREZ, PAMELA SABRINA	PSICOLOGÍA	VILLA MARIA	BUENOS AIRES 1351	-
VILLAFAÑE, MARIA FLORENCIA	PSICOLOGÍA	VILLA MARIA	SALTA 1234	353 - 4548292
BARRA, FERNANDA ANALIA	PSICOMOTRICISTA	VILLA MARIA	RUCCI 382	353 - 4534172
CASAROTTO, ARIANA PAOLA	PSICOPEDAGOGÍA	VILLA MARIA	MENDOZA 374	353 - 155651016
FRETES, CLAUDIA MARCELA	TERAPIA OCUPACIONAL	VILLA MARIA	CHILE 405	353 - 4612360
INEDI INST. DE NEUROCIENCIAS	-	VILLA MARIA	SANTA FE 1280	353 - 4527631

PROVINCIA

CORRIENTES

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ZONE, SILVINA SOLEDAD	PSICOPEDAGOGÍA	GOYA	COLON 1182	3777 - 434040
PIAZZA, ARIANE	-	SAN ROQUE	ISLAS MALVINAS 745	341 - 156657242

PROVINCIA
ENTRE RÍOS

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
VILLALVA, DIANA VALERIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	BOVRIL	JUAN XXII 68	3438 - 15451417
PERCARA, LUISINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CHAJARI	URQUIZA1 475	-
BIGORITTO, CELINA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CONCORDIA	25 DE MAYO BIS 442	345 - 4227320
PASCUAL, ADRIANA MARIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	GUALEGUAYCHU	G.MENDEZ 1028	3446 - 15669341
PAULETTI, SILVINA RAQUEL	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	GUALEGUAYCHU	BORQUES 22	3446 - 15563391
SCHEPENS, MONICA ADRIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	NOGOYA	MORENO 524	3435 - 423965/15413542
CORDOBA, GABRIELA LEONOR	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	PARANA	AV. DE LAS AMERICAS 4277	343 - 5040091
ZUBARAN, MARIA SOLEDAD	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	PARANA	DIAZ VELEZ 1030	343 - 4343751/156235540
BENITEZ, ANA CLARA	PSICOLOGÍA	PARANA	PARAGUAY 483	343 - 155315222
PARODY, VERONICA ANDREA	PSICOLOGÍA	PARANA	BELGRANO 673	343 - 4221182
DUSSE, YAMINA MARIA	PSICOPEDAGOGÍA	PARANA	BELGRANO 673	343 - 4241182

PROVINCIA
FORMOSA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
IRALA, GISELA	PSICOLOGÍA	CLORINDA	CHACO 808	370 - 4579822
PAULINA, MARA	PSICOPEDAGOGÍA	FORMOSA	BLAS PARERA 203	370 - 154790402
GARNICA, MARIA	TERAPIA OCUPACIONAL	FORMOSA	FOTHERINGHAM GRAL. 31	3704 - 701369

PROVINCIA
JUJUY

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ORTIZ, ALBA NOELIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN PEDRO	GOBERNADOR TELLO 176	3888 - 426062/15609014

PROVINCIA
LA PAMPA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
VIVIER, VERONICA BEATRIZ	PSICOLOGÍA	GENERAL ACHA	VICTORIANO RODRIGUEZ 728	2952 - 416360
RODRIGUEZ, MARIA LORENA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	GENERAL PICO	CALLE 9 505	2302 - 329000
MENDIA, FLORENCIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA ROSA	WILDE 1735	2954 - 244340
ROULIER, GRACIELA NOEMI	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA ROSA	AV. BELGRANO NORTE 454	2954 - 419580
REPETTO, ROSANA	PSICOLOGÍA	SANTA ROSA	AVENIDA BELGRANO SUR 337	2954 - 414808

PROVINCIA

LA RIOJA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
WILSON RIVERO, CLAUDIA ALEJAND	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LA RIOJA	AV CASTRO BARROS 1221	380 - 4466717
CTRO. DE REHABILITACION Y ESTIMU. TEMPRANA	KINESIOLOGÍA Y FISIOTERAPIA	LA RIOJA	ADOLFO E. DAVILA 224	380 - 4466717

PROVINCIA

MENDOZA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
SANCHEZ, MARIELA CRISTINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	GODOY CRUZ	PRIMITIVO DE LA RETA 653	261 - 4525695
HIDALGO, MARIELA CECILIA	PSICOLOGÍA	GODOY CRUZ	BALCARCE 305 305	261 - 5580696
VUILLE MOLINA, SOLEDAD	PSICOLOGÍA	GODOY CRUZ	PERITO MORENO 1086	261 - 3656453
FURLAN, AILEN MAYRA	PSICOPEDAGOGÍA	LUJAN DE CUYO	RIVADAVIA 88	261 - 152414350
LEANIZ, MARIA JOSE	PSICOMOTRICISTA	MAIPU	MITRE 115	-
EDDE, PAULA VICTORIA	PSICOLOGÍA	MENDOZA	ENRIQUE FELICIANI 1940	261 - 4398646
QUINTERO MORENO, BETTIANA M.	TERAPIA OCUPACIONAL	MENDOZA	RODRIGUEZ PEÑA 450	-
PERSIA, VALERIA PAOLA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RIVADAVIA	STALIA 579	263 - 442999
CANCELA, MARIAN BELEN	PSICOLOGÍA	SAN RAFAEL	C.W. LENCINAS Y LIBERTAD 0	260 - 154342418
DE LUSARRETA, MARIA SOL	-	SAN RAFAEL	CORNU 357	260 - 4445471
LEAL, ERICA MARIELA	PSICOLOGÍA	SAN RAFAEL	AGUSTIN ALVAREZ 330	260 - 154318860
LLINAS, MARIA CLARA	PSICOLOGÍA	SAN RAFAEL	CORRIENTES 435	260 - 4432114
PERDIGUES, MARIA FLORENCIA	PSICOLOGÍA	SAN RAFAEL	CORNU 665	260 - 4421889
SOLA, CRISTIAN ANTONIO	PSICOLOGÍA	SAN RAFAEL	BUENOS AIRES 187	260 - 260-4032575

PROVINCIA

MISIONES

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
SPENGLER, GRETEL MICHELLE	PSICOPEDAGOGÍA	ELDORADO	SAN JUAN 1557	3751 - 15666281
STAUDT, MARIA CECILIA	PSICOLOGÍA	OBERA	RIVADAVIA 969	3755 - 15222088

PROVINCIA

NEUQUÉN

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CABRAL, PAULA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	NEUQUEN	SARGENTO CABRAL 730	0299-4483950
DIAZ, MARCELA VIVIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	NEUQUEN	FACUNDO QUIROGA 70	299 - 4482951
FANELLO, MONICA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	NEUQUEN	J.C.TREPPO M:9 1560	299 - 4479483
LANDOLFO, ESTELA MARIA	PSICOPEDAGOGÍA	NEUQUEN	NEUMAN 3904	299 - 4464389
CASSAGNE, ANDREA ALEJANDRA	PSICOLOGÍA	NEUQUEN	SARGENTO CABRAL 936	299 - 4482951
FANELLO, CARLA DANIELA	PSICOLOGÍA	NEUQUEN	ALDERETE 1501	-
RIVEIRA, EVANGELINA INES	PSICOLOGÍA	NEUQUEN	BELGRANO 705	299 - 4005432
MARTINEZ, MARIA EUGENIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	PLOTTIER	ZABALETA 214	-

PROVINCIA

RÍO NEGRO

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
SANCHEZ, LAURA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	ALLEN	ARISTOBULO DEL VALLE 8	-
PILOTTO, MARIA VICTORIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CIPOLLETTI	SAN MARTIN 970	299 - 4786090
GRUNFELD, ANTONELLA IVANNA	PSICOLOGÍA	CIPOLLETTI	FERNANDEZ DE ORO 720	299 - 4781468

PROVINCIA

SALTA

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
FERNANDEZ, MARIA JESUS	PSICOLOGÍA	ROSARIO DE LERMA	DESTRUCTOR ROSALES 219	387 - 155692715
ORELLANA LOPEZ, GABRIELA F.	PSICOLOGÍA	ROSARIO DE LERMA	LERMA 576	387 - 5565647/154885276
AGUERO, LUISA GRACIELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SALTA	FRANCISCO DE GURRUCHAGA 87	-
FIGUEROA, MARIA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SALTA	12 DE OCTUBRE 832	387 - 156850260
ROLON, MARIA PIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SALTA	NO INFORMA 0	387 - 4216193
BALDIVIEZO, ANDREA ROMINA	PSICOLOGÍA	SALTA	25 DE MAYO 131	387 - 154537690
DE SERRANOS, MARIA SOFIA	PSICOLOGÍA	SALTA	20 DE FEBRERO 465	387 - 4954900
DOUSSET AGUIRRE MARIA CELESTE	PSICOLOGÍA	SALTA	CATAMARCA 362	387 - 155027305
FERNANDEZ, ROSANA REGINA	PSICOLOGÍA	SALTA	DEL MILAGRO 634	-
FLORES, IVANA GISEL	PSICOLOGÍA	SALTA	20 DE FEBRERO 731	381 - 15546832
FUNES, PAOLA NOELIA	PSICOLOGÍA	SALTA	CASEROS 1581	387 - 155817987
MALUF, ANDREA ROMINA	PSICOLOGÍA	SALTA	20 DE FEBRERO 465	351 - 156439043
PALOMO, NIDIA ELIZABETH	PSICOLOGÍA	SALTA	20 DE FEBRERO 465	387 - 6208329/154417305
PAVON, SILVIA ANALIA	PSICOLOGÍA	SALTA	ALVARADO 1525	387 - 156854114
RITTINER, GERMAN ESTEBAN	PSICOLOGÍA	SALTA	CORDOBA 670	387 - 155132364
SANCHEZ, MARIA PAULA	PSICOLOGÍA	SALTA	PASAJE MARIANO CABEZON 1461	387 - 155065796
TABALLIONE, CARLA ROMINA	PSICOLOGÍA	SALTA	PELLEGRINI 580	387 - 154851559
VERA, PATRICA SILVANA	PSICOLOGÍA	SALTA	BALCARCE 170	387 - 154852102
LOPEZ, MERCEDES CLAUDIA	PSICOMOTRICISTA	SALTA	CATAMARCA 728	387 - 154023243
UZQUEDA FLECKENSTEIN, ELIANA	PSICOMOTRICISTA	SALTA	ALVARADO 1373	387 - 154762648
AGUIRRE, CLAUDIA	PSICOPEDAGOGÍA	SALTA	SAN LUIS 727	0387-4223201
PINO, MARTHA GABRIELA	PSICOLOGÍA	TARTAGAL	RIVADAVIA 397	3875 - 425426

PROVINCIA

SAN JUAN

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ESCUDERO FERNANDEZ, ANA LICIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CAUCETE	BELGRANO 69	264 - 4961120
GODOY, ERIKA NATALIA	PSICOPEDAGOGÍA	CAUCETE	JUAN J. BUSTOS 804	-
MOLINA, MARIA EUGENIA	PSICOLOGÍA	DESAMPARADOS	CORDOBA ABERASTAIN 1	264 - 4265055
ALDECO, ALEJANDRA MABEL	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAWSON	LAPRIDA ESTE 659	264 - 4280061
GUIDET BLOSCO, ELIANA ESTER	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAWSON	COMANDANTE CABOT 338 ESTE 0	0264-4276990
BELLIDO, CLAUDIA INES	PSICOLOGÍA	RAWSON	BVD. SARMIENTO 701	264 - 4240944
BUENO AVILA, MARIANA INES	PSICOLOGÍA	RAWSON	JUAN JOSE BUSTOS 804	264 - 155294166
MAGIO ROSTOLL, ANABELLA	PSICOLOGÍA	RIVADAVIA	TUCUMAN NORTE 278	264 - 4237564
PONS, NORBERTO ARIEL	PSICOLOGÍA	RIVADAVIA	DOMINGO COMTINEZ 477 0	-
ASUA, BERNABELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JUAN	AV. RIOJA 455STE 0	0264-4219197
CABRERA, MARIA FERNANDA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JUAN	RIVADAVIA 981(E) 0	0264-4223999
ELIZONDO RUARTEZ, PAULA MAYRA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JUAN	SARMIENTO NORTE 78	0264-4382154
GARCIA, DEBORA NATALIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JUAN	SANTIAGO DEL ESTERO 332 SUR 0	4212413
MARTINEZ, LAURA MONICA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JUAN	ABERASTAIN 744 NORTE 0	0264-4203994
RODRIGUEZ AGUIRRE, IVANA PAOLA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JUAN	AV. RIOJA 738 0	0264-4223866
TORO, PATRICIA DANIELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JUAN	LAPRIDA 688	0264-4219383
AHUN, MARIA JULIA	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	MITRE E/ GRAL ACHA Y TUCUMAN 0	264 - 155078015
AVILA QUIROGA, MARIA PAULA	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	MAIPU OESTE 185	0264-4213171
BRUNETTA ZANETTI, SILVINA VANE	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	SANTA FE ESTE 565	264 - 4213229
FERRARI, ERICA GISELA	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	SAN FRANC. DEL MONTE SUR 267	264 - 4084655
GARCIA YAÑEZ, ANDREA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	SANTA FE 11	264 - 4276754
GARCIA, MARIELA ALEJANDRA	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	ECHEVERRIA SUR 385	264 - 4220760
GRATTAROLA REINA, MARIA CELIA	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	HERMOGENEZ RUIZ SUR 1155	264 - 4332994
GRIMALT, DOMINGUEZ LETICIA	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	TUCUMAN 812	264 - 4231802
GUIRADO, MARIA EUGENIA	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	SALTA 161	-
PLAZA, GIMENA GUADALUPE	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	JOSE A. DEL VALLE SURZ 729	-
RODRIGUEZ ESTESO, ANA LIA	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	AV RAWSON SUR 829	264 - 4222050
SPESO, DEBORA EVANGELINA	PSICOLOGÍA	SAN JUAN	9 DE JULIO 153	264 - 4223392
ATENCIO, REGINA DEL VALLE	PSICOPEDAGOGÍA	SAN JUAN	GRAL PAZ 32	264 - 4675738
QUIROGA, ROSANA ADELA	PSICOPEDAGOGÍA	SAN JUAN	LAPRIDA (E) 659	264 - 4231140
SEBRIANO, INES MARIA	PSICOPEDAGOGÍA	SAN JUAN	ARISTOBULO DEL VALLE 729	264 - 4250622
REYNOSO SERVANT, ANDREA MIRTA	-	SAN JUAN	SARMIENTO 479	0264-4218162
CASTRO, VIVIANA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA LUCIA	CASEROS SUR 380	0264-4223151
GUTIERREZ, LUNA MARIA	PSICOLOGÍA	VILLA MERCEDES	GRAL PAZ 679	266 - 154776489
MAÑEZ, JESICA PAMELA	PSICOLOGÍA	VILLA MERCEDES	MITRE 1126	-
MUÑOZ, KAREN VIRGINIA	PSICOLOGÍA	VILLA MERCEDES	25 DE MAYO 1231	266 - 154 877519

PROVINCIA

SAN LUIS

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
GOMEZ, CECILIA MARIEL	PSICOLOGÍA	JUANA KOSLAY	BELGRANO 777	266 - 4009047
BERTOLA, MIRTA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	NASCHEL	PEDERNERA 359	2656 - 491426
GABUTTI GABUTTI MARÍA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN LUIS	CEO AYACUCHO 1351	266 - 4007706
GARRO ANDRADA, VERONICA PAULIN	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN LUIS	25 DE MAYO 1231	266 - 4423924
MARIN, VANINA JESSICA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN LUIS	LAS HERAS 405	266 - 4446634
CASADO, VANINA ANAHI	PSICOLOGÍA	SAN LUIS	LAS HERAS E ITUIZANGO 1	266 - 4446634
PARLADORIO, JULIETA	PSICOLOGÍA	SAN LUIS	CIUDAD DEL ROSARIO 122	-
PRESSELLO, JULIETA MARIA	PSICOLOGÍA	SAN LUIS	PEDERNERA 1349	266 - 154974919
DEZOTTI, JOSEFINA FATIMA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA MERCEDES	SANTA FE 137	2657 - 422347
BERNARDIS, MARIA GRACIA	PSICOLOGÍA	VILLA MERCEDES	RIO BAMBA 217	2657 - 422931
CORDOBA MARINA	PSICOLOGÍA	VILLA MERCEDES	SAN LUIS 273	-
GOMEZ, CONSTANZA BERENICE	PSICOLOGÍA	VILLA MERCEDES	STA FE 137	2657 - 15305668
MOLINA, MIRIAN ESTHER	PSICOLOGÍA	VILLA MERCEDES	URQUIZA102	02657-440472
GONZALEZ ORTIZ, SABRINA ELIZAB	PSICOMOTRICISTA	VILLA MERCEDES	EDISON 406	0351 - 7674764

PROVINCIA

SANTA FE

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
COROSO, CAROLINA		ACEBAL	MARIA SAA PEREYRA 591	3402 - 487472
RODRIGUEZ, MAGALI SOL	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ARMSTRONG	LISANDRO DE LA TORRE 1470	3471 - 462587
LINFOSSI, LETICIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ARTEAGA	BELGRANO 387	-
CIAN, MARIA ALEJANDRA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	AVELLANEDA	CALLE 19 353	3482 - 480489
PRIETO, MARIA SOLEDAD	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	AVELLANEDA	CALLE 9 455	3482 - 4801180
MARTINEZ, MARIA CECILIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	BERABEVU	DR GAYA 543	03465 494106
GARAVAGLIA, MARIELA J.	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CALCHAQUI	RIVADAVIA 398	3483 - 470600
MORICONI, SILVINA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CAÑADA DE GOMEZ	PELLEGRINI 282	3471 - 426013
PERASSO, ELINA MARIEL	TERAPIA OCUPACIONAL	CAÑADA DE GOMEZ	NECOCHEA 1323	3471 - 424411
Piedrabuena, Daiana	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CAÑADA ROSQUIN	SAN MARTIN 657	3401 - 15405533
Fiori Daiana Camila	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CAPITAN BERMUDEZ	CRISTÓBAL COLÓN 57	341 - 4914094
MARTINEZ, VIVIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CAPITAN BERMUDEZ	CRISTOBAL COLON 57	3476 - 431354
BAJOFER, ERICA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CARCARAÑA	LA PLATA 411	341 - 156906918
LUX, PATRICIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CARCARAÑA	LA PLATA 1135	-
BOSSA, DAIANA ITATI	PSICOLOGÍA	CARCARAÑA	LA PLATA 411	341 - 156678820
MORAO, ALEJANDRA NOELIA	PSICOLOGÍA	CARCARAÑA	LA PLATA 411	341 - 156758999
BURKI, JULIA	PSICOPEDAGOGÍA	CARCARAÑA	20 DE JUNIO 523	341 - 6909509
DARI, CECILIA MARIEL	PSICOPEDAGOGÍA	CARCARAÑA	9 DE JULIO 519	0341-4941893
ROSILLO, MARIELA ANGELICA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CARMEN	RIVADAVIA 243	3462 - 493421
YURUN, ELINA GISELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CARMEN	9 DE JULIO 1015	-
CASAROTTO, IVANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CASILDA	SANTO ALONSO 2040	341 - 4448259
ASCOLANI, MARIA BELEN	PSICOLOGÍA	CASILDA	CRESPO 351	341 - 156741458
SAENZ, SILVINA CECILIA	PSICOPEDAGOGÍA	CASILDA	CARLOS CASADO 1958	-
BORGOGNO, LUCIANA MARIA	TERAPIA OCUPACIONAL	CERES	ALBERTI 475	3491 - 15405555
ZOELA, PAULA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CHAÑAR LADEADO	RIVADAVIA 519	3468 - 540868

PROVINCIA

SANTA FE

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
BIRCHMEYER, JAZMIN LARA	PSICOLOGÍA	CHAÑAR LADEADO	SANTA FE 375	3468 - 481005
ALTOBELLO, JORGELINA AMALIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	CHOVET	CASTELLI 69	3465 - 493556
ULLA, ALICIA ZULMA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	EL TREBOL	SANTA FE 430	3401 - 420251
BONARDO, VALERIA VIVIANA	PSICOLOGÍA	EL TREBOL	AV LIBERTAD 100	3401 - 420205
CTRO. DE ESP.MED.ELORTONDO SRL	-	ELORTONDO	SAN MARTIN 693	3462 - 470341
MARTIN, MARIA CELESTE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ESPERANZA	TIERRA DEL FUEGO 2753	3496 - 15468702
MULLER, ANTONELA GISEL	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ESPERANZA	CRESPO 2624	3496 - 15419151
FELIPPA, GISELA SOLEDAD	TERAPIA OCUPACIONAL	ESPERANZA	MORENO 1236	-
INGARAMO, LUCIANA INES	TERAPIA OCUPACIONAL	ESPERANZA	RIVADAVIA 1790	03496-15535728
MULLER, YAMILA ROXANA	TERAPIA OCUPACIONAL	ESPERANZA	H. IRIGOYEN 2641	3404 - 15514374
MARINUCCI, GABRIELA FABIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	FIRMAT	9 DE JULIO 528	3465 - 421825
BONINO BAZAN, BETANIA CIBELE	PSICOLOGÍA	FIRMAT	SANTA FE 1648	3465 - 15406772
DUPUY ACOSTA, MARIA KIMEY	TERAPIA OCUPACIONAL	FIRMAT	ALVEAR 1130	3465 - 424938
POZZI, EVELIN ANDREA	TERAPIA OCUPACIONAL	FIRMAT	CORRIENTES 645	3465 - 422237
CINALLI, AGOSTINA	-	FIRMAT	SANTA FE 1231	3465 - 15405064
SANGREGORIO, EVELYN	PSICOLOGÍA	FRAY LUIS BELTRAN	MITRE 813	6438507
UBOLDI,_GUILLERMINA	PSICOLOGÍA	FUNES	AV. DANIEL SEGUNDO 1548	3400 - 15498019
PERLETTI, ALICIA B.	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	GALVEZ	AV. REPUBLICA 840	3404 - 485374
MIRIANI, PAULA VICTORIA	PSICOLOGÍA	GALVEZ	SAN MARTIN 569	-
BOSIO, FLORENCIA	PSICOPEDAGOGÍA	GALVEZ	SAN MARTIN 569	-
ROVA, JULIETA	PSICOPEDAGOGÍA	GALVEZ	SAN MARTIN 320	03404-481337-483317
SAVONE, NOELIA	PSICOLOGÍA	GENERAL LAGOS	SAN MARTIN 561	-
RAMAYO, FIORELA LIS	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	GDOR. CRESPO	SAN LORENZO 555	3483 - 532650
ZUIANI, LUCIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	GDOR. CRESPO	SAN LORENZO 555	341 - 153022500
RENZI, DENISE EGLYS	PSICOLOGÍA	GODEKEN	CALLE 16 N 949	03465-498202
FERNANDEZ, MARINA CECILIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	GDERO. BAIGORRIA	PAMPA 188	341 - 156258157
LISTE, AGUSTINA	PSICOLOGÍA	HUGHES	TENIENTE SANTI 706	2473 - 446364
GUGLIELMONE, ROSALIA YOLANDA	PSICOLOGÍA	HUMBERTO PRIMERO	SALTA SUR 58	3493 - 15446558
BELTRAMINO, MARA SOFIA	TERAPIA OCUPACIONAL	HUMBERTO PRIMERO	SAN MARTIN 665	3493 - 480457
BENITEZ, FERNANDA ANABEL	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	HUMBOLDT	ALDO BUSTOS 2076	3496 - 480646
NAVARRO, VANESA DEL VALLE	TERAPIA OCUPACIONAL	LAGUNA PAIVA	REPUBLICA DE ITALIA 2486	-
FIGUEROA, JESICA LORENA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LAS PAREJAS	CORTADA 11 BIS 1450	-
RAMBALDO, FLAVIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	LAS PAREJAS	CALLE 8 1312	3471 - 15590812
TUNINETTI, ANDREA FATIMA	PSICOPEDAGOGÍA	LAS PAREJAS	CALLE 24 489	3471 - 15563757
GAGNA, MELISA	PSICOLOGÍA	LAS PETACAS	LOPEZ Y PLANES 1353	3406 - 441661
CREUS, MATIAS	PSICOLOGÍA	LAS ROSAS	MAIPU 808	3471 - 450614/15568343
PEREZ, MARIA LETICIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	MALABRIGO	SILVESTRE BEGNIS 979	3483 - 15418194
ROSSI, MIRNA GEORGINA	PSICOLOGÍA	MAXIMO PAZ	25 DE MAYO 953	3460 - 496139/496139
BERTOLDI, GISELA CARLA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	LAS HERAS 492	3492 - 427614
DALMASSO, MARIA NATALIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	CORRIENTES 925	03492-504258
DECLERCQ CROSA, MAYKA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	BOLIVAR 55	3492 - 15647544
FERRARI, MARIELA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	LAS HERAS 492	3492 - 427614
FURLOTTI, NOELIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	BOLIVAR 55	3492 - 15410458
LICINIO, MARIA GABRIELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	BV. ROCA 373	03492-451478
QUARANTA, MARINA CARLA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	AGUSTIN ALVAREZ 95	3492 - 570313

PROVINCIA

SANTA FE

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
RICO, GRACIELA BEATRIZ	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	LAS HERAS 492	3492 - 427614
SARA, MARIA INES	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	AV. MITRE 249	3492 - 424460
SOLDANO, ESTEFANIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	RIVADAVIA 380	3492 - 434218
SPERANZA, ADRIANA GABRIELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	VELEZ SARSFIELD 503	3492 - 15526167
WALKER, MELINA DANIELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RAFAELA	A.ALVAREZ 95	-
AGUILAR, ANALIA MARIA	PSICOLOGÍA	RAFAELA	BOLIVAR 55	3492 - 15613825
ANRRIQUEZ, GEORGINA	PSICOLOGÍA	RAFAELA	BOLIVAR 55	-
ARMANDO, DENISE DEL LUJAN	PSICOLOGÍA	RAFAELA	MORENO 555	03492-501952
BERTOLA, JULIO CESAR	PSICOLOGÍA	RAFAELA	DENTESANO 73	-
LANG, PAMELA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	RAFAELA	GÜEMES 615	3492 - 502035
ORELLANO, JULIAN	PSICOLOGÍA	RAFAELA	AGUSTIN ALVAREZ 95	3492 - 15630592
SCARABELLO, DANIELA ADRIANA	PSICOLOGÍA	RAFAELA	9 DE JULIO 892	3492 - 577243
AYALA, NATALIA VERONICA	PSICOPEDAGOGÍA	RAFAELA	LAS HERAS 330	03492-4506330
BARONETTI, MARIA JOSEFINA	PSICOPEDAGOGÍA	RAFAELA	PEDRO PFEIFFER 257	3492 - 451598
OLIVERA, MARIA EUGENIA	PSICOPEDAGOGÍA	RAFAELA	MORENO 555	3492 - 501952
BENAVIDEZ, CECILIA	TERAPIA OCUPACIONAL	RAFAELA	CHACABUCO 530	3492 - 427614
BRODA, JESICA MARIA	TERAPIA OCUPACIONAL	RAFAELA	LAS HERAS 492	-
STRUMIA, EMILSE ANA	TERAPIA OCUPACIONAL	RAFAELA	ALVEAR 446	3492 - 578032
RAMOS, JESICA	-	RAFAELA	MITRE 249	3492 - 604782
FAIN, MARIA LUZ	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RECONQUISTA	SAN MARTIN 1416	3482 - 15211439
BONETTI, CORINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	RECREO	CAFFERATA 770	03497-498114
BOTTI, MARIA FERNANDA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROLDAN	SANTA FE 1758	341 - 4400870
ZURBRIGGEN, ROMINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROLDAN	CALLE 46 379	3462 - 450505
BUFFON, GIULIANA	PSICOLOGÍA	ROLDAN	ALBERDI 258	341 - 156647712
ABALOS, JUDIT ALEJANDRA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	RIOJA 2579	341 - 4452023
ARPOCIO, MARIA GABRIELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	SAN MARTIN 932	3402 - 421743
BARACCO, MIRIAM SUSANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	BV. RONDEAU 1575	341 - 4551638
CARVI, SILVINA ESTER	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	NESTOR FERNANDEZ 1029	341 - 4396287
CUNEO, FLORENCIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	PUEYRREDON 1111	341 - 152114138
DE HARO, GISSELLE VERONICA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	CORDOBA 2569	341 - 4249007
FERRERO, CAROLINA MARIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	SAN JUAN 2395	-
FIZZANI, CARINA LAURA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	CORRIENTES 4443	0341-4633669
GASPARINI, GEORGINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	SARMIENTO 1394	-
GIL, MALCA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	SALTA 1673	341 - 4393036
GOROSITO, PATRICIA MONICA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	AV. EVA PERON 7810	341 - 4582048
GURGONE, MARIA DEL CARMEN	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	ALEM 1059	341 - 4494050
IACHINI, CELIA INES	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	SAN LUIS 2493	341 - 6797591
LAMBERTI, EVANGELINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	BALCARCE 1486	341 - 4942022
LARRARTE, MARIA NILDA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	PTE. ROCA 1438	341 - 156272239
LI CAUSI, NORA AIDA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	SANTA FE 1831	341 - 4470188
LIZZI, ELBA BEATRIZ	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	MATIENZO 968 "A" 0	0341-4565712 / 153282046
LOBO, MARCELA EDIT	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	LENZONI 1130	341 - 4386895
PETRINI, MARIA DEL LUJAN	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	AV. SAN MARTIN 4172	341 - 6794111
RASCHETTI, SABRINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	12 DE OCTUBRE 1514	3462 - 462262
ROBBIANO, FABIANA BEATRIZ	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	RIOJA 2579	341 - 4249007

PROVINCIA

SANTA FE

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ROMANI, YANINA MERCEDES	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	TACUARI 3453	-
SAN ROMAN, ANA PATRICIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	SANTA FE 1648	341 - 4652750
VIGNOLA, MARIA DE LOS MILAGROS	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ROSARIO	CORDOBA 2569	341 - 4249007
Alessio, Dalila Lis	PSICOLOGÍA	ROSARIO	3 DE FEBRERO 1590	341 - 155034648
ANGELASTRO, ALICIA CRISTINA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	BRASSEY 7724	341 - 155840516
ANTIVERO, MARIA ERNESTINA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	9 DE JULIO 1591	341 - 156535672
ARMOA, EVELIN GABRIELA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	SALTA 1744	-
BAR, MELISA BELEN	PSICOLOGÍA	ROSARIO	PARAGUAY PB 2139	341 - 156589453
BORAGINA, MAXIMILIANO VICTOR	PSICOLOGÍA	ROSARIO	SANTA FE 1047	341 - 156850697
CATALA, DANISA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	JUJUY 1540	341 - 155706500
CIMADONI, MARIA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	ROSARIO	JUJUY 1820	-
CUFFIA, MARIA FLORENCIA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	MENDOZA 6961	341 - 153272670
ESPINOSA, ANALIA VALERIA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	TACUARI 3453	341 - 4557447/155861181
ESREQUIS, ANA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	LAVALLE 1542	341 - 5691426
GARCIA, MICAELA BEATRIZ	PSICOLOGÍA	ROSARIO	PTE. ROCA 1438	341 - 4211840/152840801
JIMENEZ, MARIA INES	PSICOLOGÍA	ROSARIO	CALLAO PA 1428	-
LAVINIA, MARIA FLORENCIA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	DORREGO 557	-
LAYACONA, FEDERICO MIGUEL	PSICOLOGÍA	ROSARIO	ITALIA 369	341 - 4250973/153842056
Manti, Maria Sol	PSICOLOGÍA	ROSARIO	PTE. ROCA 567	341 - 156456638
MC LOUGHLIN, JACQUELINE VICTOR	PSICOLOGÍA	ROSARIO	AV FRANCIA 314	341 - 156844983
MOREIRA, MARIA FLORENCIA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	MONTEVIDEO1563	341 - 4705196/153728868
RACCA, ARIAN	PSICOLOGÍA	ROSARIO	AYACUCHO 1630	341 - 3555676
REGIARDO, VANINA ESTEFANIA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	VIAMONTE CONS. D 666	341 - 3139864
RUIZ, MARIA EMILIA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	AV. FRANCIA 408	341 - 156156910
VIERING, GABRIELA FERNANDA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	PUEYRREDON1111	-
VISSANI, CECILIA MARIEL	PSICOLOGÍA	ROSARIO	LAPRIDA 1494	341 - 4492515
ZGAGA, ELIANA MARIA	PSICOLOGÍA	ROSARIO	ESPAÑA 2347	341 - 153213748
CAIRO, MARIA GABRIELA	PSICOPEDAGOGÍA	ROSARIO	AV. PELLEGRINI 5576	0341-4577270/4565712
KUHRY, ANDREA FABIANA	PSICOPEDAGOGÍA	ROSARIO	MENDOZA 2272	341 - 4260929
MORANDIN, MARIA FLORENCIA	PSICOPEDAGOGÍA	ROSARIO	RIOJA 3727	-
ROTILI, ROMINA ANDREA	PSICOPEDAGOGÍA	ROSARIO	AV. PELLEGRINI 1823	341 - 156435148
PILARES DEL ROSARIO S.R.L.	-	ROSARIO	PARAGUAY 2041	341 - 4813518
CTRO.DE NEUROLOGIA ROSARIO	-	ROSARIO	BV. OROÑO 1008	341 - 4262813
JELIN, GABRIELA	-	ROSARIO	LENZONI 1195	341 - 156257503
CAPITANI, VERONICA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SALTO GRANDE	CENTENARIO 945	3476 - 494692
PRIMO, CAROLINA ALBANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN CARLOS CENTRO	RIVADAVIA 1471	3404 - 420712
ERBETTA, TATIANA GISEL	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN GUILLERMO	CHILE 135	3562 - 466862
RUSTICHELLI, NATALIA CECILIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN GUILLERMO	SARMIENTO 744	3562 - 467600
SCOTTA, GISELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN GUILLERMO	URQUIZA 468	03562-466600
Sposito, Gisela Soledad	PSICOLOGÍA	SAN GUILLERMO	BELGRANO 367	3562 - 15547277
PEDRINI, MARCIA MARIA	PSICOMOTRICISTA	SAN GUILLERMO	ALMIRANTE BROWN 249	3562 - 466051
COSTABEL, ELIANA MARIA	-	SAN JERONIMO NORTE	MARIA JOSEFA OURREN 717	03404-460145
MORRA, MARIA SOLEDAD	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JORGE	EVA PERON 1632	3406 - 443833
RE, FERNANDA ALICIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JORGE	URQUIZA 976	3406 - 440038
RUBIOLO, LAURA GUADALUPE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JORGE	BARTOLOME MITRE 730	3406 - 441604

PROVINCIA

SANTA FE

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
FRAIRE, VANESA EMA	PSICOLOGÍA	SAN JORGE	HIPOLITO YRIGOYEN 1330	3406 - 443833
Mondino, Marisa Andrea	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN JUSTO	9 DE JULIO 2743	3498 - 427991
APPENDINO, CLAUDIA RAQUEL	TERAPIA OCUPACIONAL	SAN JUSTO	BELGRANO 2722	03498-427524
MONZON, MARIANELA	TERAPIA OCUPACIONAL	SAN JUSTO	SAN MARTIN 2847	3498 - 426520
DE FRANCESCO, GABRIELA ROSANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN LORENZO	GRAL LOPEZ 3579	3476 - 433349
ERAUSQUIN, JULIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN LORENZO	SAN MARTIN 1761	3476 - 15613883
BASALDELLA, LUISINA CARLA	PSICOLOGÍA	SAN LORENZO	JOSE INGENIERO 504	347 - 587183
Fernandez, Silvia	PSICOLOGÍA	SAN LORENZO	VICENTE MARMOL 308	3476 - 156360235
GASSER, ESTEBAN GUILLERMO	PSICOLOGÍA	SAN LORENZO	SAN JUAN 436	3476 - 424260
PAUPIE, MARIA LAURA	PSICOLOGÍA	SAN LORENZO	JOSE INGENIEROS504	03476-428476/15690288
ZERO, MARIA LUZ	PSICOLOGÍA	SAN LORENZO	SANTIAGO DEL ESTERO 758	3476 - 156145706
Vietto, Marianela Cecilia	PSICOPEDAGOGÍA	SAN LORENZO	SAN CARLOS 504	3476 - 428476
DIAZ, CINTIA NOELIA	TERAPIA OCUPACIONAL	SAN LORENZO	SANTIAGO DEL ESTERO 758	-
REYNOSO RUIZ, MARISA	TERAPIA OCUPACIONAL	SAN LORENZO	DR. GHIO 1138	03476 - 435374
VILUMBRALES, MARIA CELESTE	TERAPIA OCUPACIONAL	SAN LORENZO	FALUCHO 860 0	341 - 155466412
ODETTI, MARIA EUGENIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SAN VICENTE	25 DE MAYO 232	3492 - 470343
GAITAN, LETICIA EVANGELINA	TERAPIA OCUPACIONAL	SAN VICENTE	GALVEZ 92	03492 - 470536
ACHINELLI, BRENDA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA FE	COGORNO 5559	342 - 4891184
Alesso, Carina de los Milagros	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SUNCHALES	1 DE MAYO 174	3493 - 452700
ALTAMIRANO, MELISA ELIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA FE	BELGRANO 4477	343 - 155131400
ANDREONI, LILIANA MARIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VENADO TUERTO	RIVADAVIA 556	3462 - 15309567
Basaldela, Carolina Judith	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA TRINIDAD	A. STORNI 1093	3491 - 15436112
BASTA, NATALIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SASTRE	RIVADAVIA 1820	-
BOERO, ROCIO NATALI	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	TOTORAS	ESPAÑA 291	3476 - 461326
Boschi, Silvia del Carmen	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	TOTORAS	9 DE JULIO 1223	-
CARBONE, VERONICA ADELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA FE	LA RIOJA 2941	342 - 4537033
DEDICH, CAREN MARIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA ELOISA	SARMIENTO 432	3471 - 440608
Di Pisa, Maria Florencia	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA ISABEL	CALLE 55 371	3462 - 15669380
ESCHOYEZ, MARIA DE LOS ANGELES	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTO TOME	CASTELLI 1539	342 - 4752115
Espinaco, Camila	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTO TOME	CASTELLI 1539	342 - 5411737
FARIAS, MARIANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VENADO TUERTO	SAN MARTIN 535	3462 - 434341
FARIAS, PATRICIA ANDREA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SUNCHALES	INGENIEROS 657	03493-15459001
FERNANDEZ, LUCILA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA FE	SAN JERONIMO 5001	-
FILIPPETTI, ROMINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VENADO TUERTO	JUNIN 386	3462 - 434341
Flores, Cintia	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA FE	SAAVEDRA 2424	342 - 155329298
GUEREZTA, SUSANA BEATRIZ	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA FE	ARISTOBULO DEL VALLE 6634	342 - 4604116
Kampmann, Doris Noemi	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA FE	LAPRIDA 3301	342 - 154222492
LOPEZ, MARIA FLORENCIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	TIMBUES	ROCA 1072	3476 - 15622688
MITRI, VERONICA MARCELA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SUNCHALES	JUAN B. JUSTO 139	3493 - 15404792
PROCACCINI, ANALIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VENADO TUERTO	ITURRASPE 1648	03462-432956
Rodriguez Jauregui, Victoria	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA FE	JUAN DE GARAY 3553	342 - 4580917
ROMO CUESTA, SILVANA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VILLA CONSTITUCION	MONTEVIDEO 1271	3400 - 474617
Rubino, Maria Fernanda	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTO TOME	BELGRANO 1967	342 - 4752164
SANTIA, MARIA EMILIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VENADO TUERTO	RIVADAVIA 519	3462 - 314599
SILVESTRE, GISELA GUADALUPE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA FE	ITURRASPE 3227	342 - 4523221

PROVINCIA

SANTA FE

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
SINCHI, DARDO JAVIER	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTA FE	LISANDRO DE LA TORRE 2949	-
STOLLE, ISABEL ALEJANDRA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	VENADO TUERTO	PUEYRREDON 1352	3462 - 431541
VEGETTI, ZAIRA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	SANTO DOMINGO	15 DE AGOSTO 271	3496 - 15442816
ANGELINI, PAOLA ALEJANDRA	PSICOLOGÍA	VENADO TUERTO	AV. ESPAÑA 815	03462-462816
BANDUCCI, CLAUDIO ARIEL	PSICOLOGÍA	TIMBUES	MITRE 792	3476 - 156-014018
CAMARASA, CARINA BEATRIZ	PSICOLOGÍA	VENADO TUERTO	2 DE ABRIL 282	3462 - 422945
CIPOLATTI, DAIANA MARA	PSICOLOGÍA	SUNCHALES	SAN MARTIN 93	3493 - 400749
COSSETTO, YANINA BELKIS	PSICOLOGÍA	VENADO TUERTO	CASTELLI 450	3462 - 15414693
DELLA LONGA, NORA ALEJANDRA	PSICOLOGÍA	VILLA TRINIDAD	RIVADAVIA 636	-
GABALDA, PATRICIA MARIELA	PSICOLOGÍA	VENADO TUERTO	LAVALLE 1151	3462 - 15666521
GALLARDO, EVELINA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	VILLA CA#AS	54 127	3462 - 15655876
GOAPPER, JOANA VICTORIA	PSICOLOGÍA	VILLA CA#AS	54 127	-
MARTIN, MONICA GLORIA	PSICOLOGÍA	VENADO TUERTO	MORENO129	3462 - 421993/15597099
PALAIA, LILIAN MABEL	PSICOLOGÍA	VENADO TUERTO	25 DE MAYO 456	-
POI, VALERIA NATACHA	PSICOLOGÍA	SUARDI	MITRE 773	3562 - 478496
SACCONE, MELINA	PSICOLOGÍA	SUNCHALES	J V GONZALEZ 424	3493 - 15455126
SCARAFIA, VIRGINIA SOLEDAD	PSICOLOGÍA	SUNCHALES	J.V. GONZALEZ-ESP. DIVERG. 424	3493 - 461176
WALDEN, JEZABEL MARILIN	PSICOLOGÍA	SUNCHALES	BOLIVAR 183	351 - 2002424
ALONSO, ALEJANDRA	PSICOMOTRICISTA	VENADO TUERTO	ITUZAINGO 919	03462-420983
BONINO, MELINA ANAHI	PSICOMOTRICISTA	SUARDI	DR. FERNANDEZ 585	03562-478221
CELLARIO, DAIANA PAOLA	PSICOMOTRICISTA	SUNCHALES	JULIO A. ROCA 541	03493-15418184
DELBINO, MARIA FLORENCIA	PSICOMOTRICISTA	SUNCHALES	ITALIA 306	3493 - 15666019
GAIDO, GABRIELA SILVANA	PSICOMOTRICISTA	SUARDI	DELLA VEDOVA 551	03562-478794
MONDINO, VANINA RITA	PSICOPEDAGOGÍA	VILLA CA#AS	CALLE 53 97	03492-451682/15532689
POMPEI, MARIA VICTORIA	PSICOPEDAGOGÍA	VENADO TUERTO	9 DE JULIO 1015	03462-462262
PRACHT, MARTHA ZULEMA	PSICOPEDAGOGÍA	VENADO TUERTO	ITALIA 1562	3462 - 421778
SANCHEZ, VICTORIA	PSICOPEDAGOGÍA	SUNCHALES	25 DE MAYO 69	-
FONTANESSI, IVANA DANIELA	TERAPIA OCUPACIONAL	VILLA TRINIDAD	CUYO 442	-
GHIO, LUCIANA MARIA	TERAPIA OCUPACIONAL	SANTA FE	JUAN DE GARAY 3553	0342-4592213/4573939
GIMENEZ, NERINA EMILIA	TERAPIA OCUPACIONAL	SANTA FE	LAPRIDA 3301	0342-4533653
MICHELOTTI, SABRINA ALEJANDRA	TERAPIA OCUPACIONAL	VENADO TUERTO	FRANCIA 450	03462-462262
PEÑA, JULIANA	TERAPIA OCUPACIONAL	SANTA FE	URQUIZA 3338	342 - 4120623
DARRE SCHWEIZER, MA. CECILIA	-	SANTA FE	URQUIZA 3338	342 - 4120623
CARLETTA, DANIELA	-	VENADO TUERTO	AV. ESPAÑA 815	-
CTRO. DE REHAB. INFANT. NEUROL	-	VENADO TUERTO	ESPANA 815	3462 - 462816
GROSSO, MARIA FLORENCIA	-	VILLA TRINIDAD	RIVADAVIA 1203	-

PROVINCIA

SANTIAGO DEL ESTERO

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
KOSITZKY, ESTELA MAGALY	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	AÑATUYA	PUEYRREDON 117	3844 - 423779
ESCOBAR, MYRNA PAOLA	PSICOLOGÍA	LA BANDA	SAENZ PEÑA 124	385 - 154835289
VERA, SOLEDAD GUADALUPE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	QUIMILI	25 DE MAYO 147	385 - 4741222
BONINO, NADIA MARIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	STGO. DEL ESTERO	COLON N 505	0385 - 6994116
CORREA BASUALDO, CLARA IRENE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	STGO. DEL ESTERO	ALSINA 585	385 - 154075947
OBEIDE, GRACIELA ALEJANDRA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	STGO. DEL ESTERO	ALVEAR 15	385 - 154037014
PALLARES, EUGENIA MAGALI	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	STGO. DEL ESTERO	MAGALLANES 471	358 - 6996663
CATALFAMO, CINTIA ROMINA	PSICOLOGÍA	STGO. DEL ESTERO	ALVEAR 15	385 - 154205834
FIAD, MARIA LAURA	PSICOLOGÍA	STGO. DEL ESTERO	PERU 290	385 - 4251911
MAKANTASSIS, MARIA SOFIA	PSICOLOGÍA	STGO. DEL ESTERO	GORRIT 239	385 - 5383390
TREJO, SILVIA AIDA	PSICOPEDAGOGÍA	STGO. DEL ESTERO	SAN MARTIN 142	385 - 154078986

PROVINCIA

TIERRA DEL FUEGO

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
CIKRU - CTRO. INT. DE KINESIO	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	USHUAIA	G. RIO IGUAZU 738	2901 - 423058

PROVINCIA

TUCUMÁN

PRESTADOR	ESPECIALIDAD	LOCALIDAD	DIRECCIÓN	TELÉFONO
ROLDAN, CLAUDIA CAROLINA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	ALDERETES	AV RIVADAVIA Y TERESA DE CALCU	381 - 4942861
AGUIRRE RODRIGUEZ, ANALIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	FAMAILLA	MITRE 602	-
ATENOR, MARIA DEL VALLE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	S. M. DE TUCUMAN	SECTOR XX MANZANA 19 CASA 6 1	-
CARRIZO, MARIA NOELIA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	S. M. DE TUCUMAN	RONDEAU 281	381 - 155776239
COLOMBRES, ADRIANA DEL VALLE	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	S. M. DE TUCUMAN	MARCOS PAZ 953	381 - 4241727
GONZALEZ, LUISA VERONICA	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	YERBA BUENA	LAS ACACIAS 275	381 - 155293605
VEGA, ALEJANDRA SOLEDAD	FONIATRÍA Y FONOAUDIOLOGÍA	S. M. DE TUCUMAN	AYACUCHO 812 0	-
RUDELLI, GEORGINA MARIA	PSICOLOGÍA	S. M. DE TUCUMAN	BOLIVAR 1232	381 - 4248768
URQUIZA, FATIMA NOELIA	PSICOLOGÍA	S. M. DE TUCUMAN	9 DE JULIO 55	381 - 153390033

SCS-DR05155-R14

Reglamento de Cobertura Asistencial para Beneficiarios con Discapacidad

2026

REGLAMENTO DE COBERTURA ASISTENCIAL PARA BENEFICIARIOS CON DISCAPACIDAD

Art. 1): La asistencia de las personas con discapacidad asociadas se regirá por el marco general normativo establecido por las leyes nacionales 22.431 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados y 24.901 que instituyó el Sistema de Prestaciones Básicas a favor de las personas con discapacidad, ajustado a los términos que se establecen en el presente Reglamento.

Art. 2): La asistencia a la persona con discapacidad queda genéricamente homologada a los alcances, requisitos, exigencias y valores de cobertura reconocidos en el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación. Los valores retributivos y sus alcances serán los que fije el Ministerio de Salud de la Nación en la Res. Min. 428/1999 y sus posteriores modificaciones al momento efectivo de la prestación de discapacidad.

Art. 3): La cobertura se brindará dentro del sistema de la Mutual por medio de la red de prestadores que posee contratados. Excepcionalmente y previo dictamen del equipo interdisciplinario de la Mutual, se podrá brindar la atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de prestadores contratados, en virtud de que deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la Ley 24.901. En todos los casos los valores y alcances de las prestaciones a reintegrar serán los que surjan de la Res Min. Salud 428/1999 y sus modificatorias; y conforme el marco de referencia citado en el artículo anterior.

Art. 4): Los asociados que refieran poseer alguna de las discapacidades contempladas en la definición del art. 9° de la Ley Nacional 24.901 podrán ser encuadrados dentro del esquema de cobertura a la persona con discapacidad, cuando se reúnan los siguientes requisitos taxativos:
a) Certificación de discapacidad extendida por el Ministerio de Salud de la Nación, quien expedirá el Certificado Único de Discapacidad a través del Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad, en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Bs. As., o del organismo competente establecido en las leyes provinciales análogas para el caso de asociados residentes en el interior del país, de conformidad con lo requerido por el Art. 3° de la Ley Nacional 22.431, el Art. 10° de la Ley Nacional 24.901 y el Art. I° de la Resolución 6080/03, del Ministerio de Salud de la Nación.
b) Presentación del Manual de Acceso a Prestaciones de Discapacidad y sus correspondientes actualizaciones, que se agrega como Anexo I del presente, de forma completa en todos sus ítems y con una antelación de 40 días de comenzar con las prestaciones. Se aclara lo siguiente: RESPECTO DE ESTE MANUAL EL BENEFICIARIO DEBERÁ OBSERVAR LO SIGUIENTE: 1) los formularios no deben poseer enmiendas ni tachaduras, excepto que las mismas se encuentren salvadas con firma y sello o aclaración del responsable de completar y firmar los mismos; 2) fecha de inicio de las prestaciones: el primer mes de autorización coincidirá con el mes en el que se presentó la documentación completa o con el inicio del tratamiento según lo solicitado por el

médico, lo que suceda último; 3) la fecha de emisión de los formularios debe ser anterior al inicio del tratamiento; 4) el inicio de las prestaciones sin autorización previa NO OBLIGA a otorgar la cobertura debido a que en todos los casos se requiere del análisis previo del equipo interdisciplinario de la Auditoría Médica del Área de Discapacidad.
c) Documentación adicional que solicite en cada caso la Auditoría Médica, a resultas de su evaluación individual, la cual se notificará por medio fehaciente al beneficiario.

Art. 5): En ningún caso se otorgará cobertura por discapacidad a asociados que no tuvieren acreditada dicha condición por la autoridad competente indicada en el apartado a) del artículo anterior, salvo situación excepcional del artículo siguiente.

Art. 6): Los asociados que estén recibiendo cobertura diferencial, que poseen alguna de las discapacidades contempladas en el Art. 9° de la Ley Nacional 24.901 y que no tengan aún la certificación referida en el inc. a) del Art. 4 del presente reglamento, tendrán derecho a continuar con tales beneficios de manera transitoria siempre con la condición de que en un plazo máximo de 120 días corridos presenten el certificado de discapacidad a que se hace referencia, o constancia de inicio de trámite, lapso que comenzará a partir de la fecha de solicitud de inicio/renovación de la prestación, y cumplimentando con los requisitos b) y c) establecidos en el Art. 4) del presente.

Art. 7): A los efectos de identificar asociados incorporados definitivamente al plan de discapacidad, la Auditoría Médica exigirá como condición excluyente la presentación del certificado de discapacidad correspondiente. A esos efectos, deberá aceptarse como válido solamente el expedido por el organismo competente mencionado en el Art. 4° inc. a) del presente Reglamento.

Art. 8): Para los casos de prestaciones encuadradas en las modalidades de Centro Educativo Terapéutico, Centro de Día, Hogares y Talleres, las instituciones prestadoras deberán presentar:
a) Habilitación extendida por autoridad competente, entendiéndose como tal la debida inscripción en el Registro Nacional de Prestadores o hallarse categorizado en el Servicio Nacional de Rehabilitación, según corresponda.
b) Certificación emitida por el Ministerio de Salud de la Nación encuadrando a la institución dentro de la categoría que le corresponde según sus características conforme los términos del Art. 17° de la Ley Nacional 24.901.
c) Programas de actividades y contenidos educativos supervisados por la autoridad competente conforme los términos del Art. 17 de la Ley 24.901.
d) Documentación adicional que se solicite en cada caso, a resultas de su evaluación individual.

Criterios de cobertura

Art. 9): A los efectos de establecer los alcances de cobertura que en cada caso corresponda otorgar, se tendrán por prestaciones de discapacidad a aquellas expresamente reguladas en el régimen legal de discapacidad.
Todas las prestaciones solicitadas podrán ser revisadas en su alcance y acceso por medio de equipos interdisciplinarios capacitados a tales efectos, propios o contratados por la Mutual, los que fijarán acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preven-

tivo-promocionales de carácter comunitario y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

Art. 10): En todos los casos, la cobertura se encuadrará según el nivel que corresponda por la edad del asociado requirente y su patología, conforme los criterios del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación.

Art. 11): La Mutual reconocerá la cobertura según los valores establecidos en el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación, según corresponda la modalidad de atención ambulatoria, prestaciones educativas, modalidad de internación o prestaciones de apoyo, de conformidad con la Res. Min. Salud 428/1999. Los profesionales y/o centros que lleven a cabo las prestaciones de rehabilitación deben estar inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores o categorizados en el Servicio Nacional de Rehabilitación, según corresponda.

Art. 12): Modalidad de Atención Ambulatoria. Atención ambulatoria (terapias individuales): de indicarse tratamiento relacionado con las especialidades de psicología, psicopedagogía, fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional, musicoterapia y psicomotricidad en centros especializados, se aceptará su realización según la modalidad de atención ambulatoria del Anexo III punto 2.1 del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación. Las prestaciones deberán ser brindadas con prestadores contratados con esta Mutual. Las modalidades de cobertura serán las siguientes:
a) Fonoaudiología, Kinesiología, Psicomotricidad, Terapia Ocupacional, Psicopedagogía, Psicología y Musicoterapia: 100 % de cobertura, previa autorización de Auditoría Médica. Se establece expresamente que las prestaciones contempladas en este inciso podrán abonarse de la siguiente manera:
-En el caso de solicitarse una sola prestación de todas las aquí mencionadas, e interactuando sólo un profesional con la persona con discapacidad, la prestación se abonará por hora.
-En los supuestos de solicitarse más de una prestación y/o la intervención de más de un profesional, y además, superando la cantidad de 4 horas semanales por cada prestación individual y hasta 5 horas semanales por cada prestación, son aplicables los valores establecidos por el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y SUS ACTUALIZACIONES para el módulo integral simple. En el caso de requerir 6 horas o más, se abonará lo establecido en el nomenclador mencionado para el módulo integral intensivo. En el supuesto que no llegase a la cantidad de 4 horas semanales, corresponde abonarse según lo establecido en el ítem anterior.
En los supuestos en los que las personas con discapacidad requirente de prestaciones tengan hasta 4 años de edad inclusive, el módulo a abonar será el establecido como Estimulación Temprana por el Nomenclador.

Art. 13): Prestaciones educativas: las prestaciones previstas en los Arts. 21 y 22 de la Ley 24.901 serán brindadas en instituciones estatales, estando a disposición de los beneficiarios el equipo

interdisciplinario perteneciente o contratado por la Mutual (Art. 11 Ley 24.901) para acompañarlo en la búsqueda de la institución adecuada para el beneficiario. La Escolaridad privada sólo se cubrirá cuando no exista institución estatal adecuada, previo dictamen del equipo interdisciplinario, y solamente en el caso que la situación socioeconómica familiar no permita el pago de los cánones educativos por quienes tienen el deber de alimentos para con el beneficiario. A estos efectos, la institución propuesta por el asociado deberá estar categorizada en el Servicio Nacional de Rehabilitación. En tal caso se cubrirán hasta 11 meses, quedando incluido en esta cobertura el concepto de matrícula (Res. 6080/2003, inc. 8 del Ministerio de Salud de la Nación). Las prestaciones brindadas en la modalidad Centro Educativo Terapéutico, se cubrirán todo el año (Res. 6080/2003, inc. 8° del Ministerio de Salud de la Nación).

Art. 14): La incorporación a instituciones educativas de educación sistemática, será reconocida a valores del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, para aquellas personas con discapacidad cuyo nivel de recuperación les permita incorporarse a la educación sistémica y con una evaluación de admisión del centro educativo al que aspira ingresar, que avale el potencial de recuperación del asociado.

Art. 15): Apoyo a la Integración Escolar: la Mutual reconocerá este concepto en aquellos casos en que esté debidamente acreditada su necesidad por Gabinete Psicopedagógico y/o la evaluación de su equipo interdisciplinario.
En caso de que se contribuya con la cuota de un colegio o escuela de educación común, la Mutual abonará por todo concepto (es decir, cuota del colegio más Prestación de Apoyo a la Integración Escolar) el monto establecido para la modalidad solicitada (jornada simple o doble) de la prestación educativa del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, según la edad del niño y conforme los valores de dicho Nomenclador.
Para las Prestaciones Maestro de Apoyo o Apoyo a la Integración Escolar (Equipo), los profesionales propuestos deberán estar habilitados y deberán acreditar Títulos Profesionales de:
- Profesorado de Educación Especial
- Licenciatura en Psicopedagogía
- Licenciatura en Ciencias de la Educación
- Licenciatura en Psicología

Respecto a la vigencia de las Prácticas de Integración Escolar, se tendrá en cuenta el período lectivo.

Art. 16): Modalidad de Internación: A- Módulo Hogar: La Mutual cubrirá esta modalidad de internación en "hogar" o similar con carácter de institucionalización permanente del paciente, en los casos en que el asociado no tuviere grupo familiar propio o continente, en concordancia a lo establecido en el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación (Res. 6080/2003 -Anexo II - Punto 2.2. del Ministerio de Salud de la Nación).

Art. 17): Contención Domiciliaria-Asistencia: para acceder a los servicios previstos por la norma del Art. 39 inc. d) de la Ley 24.901, el beneficiario y su familia deberán colaborar en todo lo que esté a su alcance a los fines de que esta entidad pueda, a través del equipo interdisciplinario

perteneciente o contratado, brindar a las personas con discapacidad los apoyos de un asistente domiciliario a fin de favorecer su vida autónoma, evitar su institucionalización o acortar los tiempos de internación.
El mencionado equipo interdisciplinario evaluará los apoyos necesarios, incluyendo intensidad y duración de los mismos así como su supervisión, evaluación periódica, reformulación, continuidad o finalización de la asistencia.
El asistente domiciliario deberá contar con la capacitación específica avalada por la certificación correspondiente expedida por la autoridad competente.
La pertinencia del pedido será evaluado conforme a la situación socio-familiar del paciente (Anexo XXII: "Servicios Contemplados en el Art. 39 Ley 24.901 Asistente Domiciliario").
Siendo las tareas de asistencia domiciliaria subsidiarias al deber legal de alimentos, el beneficiario o su grupo familiar deberán previamente acreditar que no cuentan con recursos económicos y humanos para hacer frente a las erogaciones y que quienes se encuentran obligados al deber de alimentos y cuidados no puedan cumplimentarlo por causas de fuerza mayor. Se establece expresamente que el valor de la hora o mensual (si correspondiere) será como tope el que surja del Convenio Colectivo de Trabajo de Servicios Domésticos - Categoría Cuarta "Cuidado de Personas con Retiro" conforme Ley N° 26.844, con sus debidas actualizaciones paritarias.
La contratación del personal para la contención domiciliaria del paciente será a exclusiva elección del grupo familiar o responsable directo, deslindándose toda responsabilidad por parte de la Mutual. A esos efectos, esta Mutual requerirá que la prestación sea cubierta por personal idóneo para esta función, previa evaluación y autorización del equipo interdisciplinario.
Cobertura: solo por vía de REINTEGRO.
Para hacer efectivo el reintegro el/la asociado/a deberá acompañar:
a) Comprobantes de pago oficiales.
b) Formulario de autorización.
c) Planillas de asistencia.

Se excluye de esta valoración económica el servicio que brindan acompañantes terapéuticos.

Art. 18): A todos los efectos para la aplicación de la normativa citada, si fuere necesario, se completará la información consignada en afiliaciones, con una evaluación socio económica que deberá realizar el servicio social de esta Mutual, en orden a lo que establece la Ley Nacional 24.901, en su Art. N° 19.

Art. 19): Prestaciones excluídas de la Legislación vigente en la materia.

A. Acompañante Terapéutico
Las prestaciones a brindar por acompañantes terapéuticos serán en base a las siguientes consideraciones:
1) El Acompañante Terapéutico es un agente de salud que debe estar en condiciones de interactuar tanto con el paciente y familiares como así también con médicos psiquiatras y psicoterapeutas; por ende, debe adquirir competencias para comunicarse eficazmente con todos sus interlocutores.
2) Debe poseer conocimientos de psicopatología, psicofarmacología, intervención en urgencias y manejo de crisis. Si la tarea lo requiere, deberá contar con formación pedagógica.

3) El acompañamiento terapéutico es un recurso de Salud Mental para evitar la internación psiquiátrica y favorecer la resocialización. No resulta pertinente como acompañamiento no terapéutico y/o cuidados de todo tipo en todas las edades. Su autorización está sujeta, siempre que se considere viable su pedido, a la evaluación por parte del equipo interdisciplinario de la Auditoría Médica del Área de Discapacidad, de los diferentes informes solicitados.
4) Su retribución mensual será:
-Acompañante Terapéutico ESCOLAR (dentro y fuera del aula) y EN DOMICILIO: PESOS DOS MIL CUATROCIENTOS OCHENTA Y CINCO CON DIECIOCHO CENTAVOS ($2485,18) valor hora. Si la prestación supera la cantidad de diez (10) horas semanales, se abonará un valor mensual total de PESOS CIENTO CINCUENTA Y CUATRO MIL QUINIENTOS CATORCE CON SESENTA Y CINCO CENTAVOS ($154.514,65).
Los montos mencionados serán actualizables conforme porcentaje aprobado por la Superintendencia de Servicios de Salud para prestaciones incluidas dentro del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD.
La contratación del profesional que llevará a cabo el acompañamiento terapéutico será a exclusiva elección del grupo familiar o responsable directo, deslindándose esta Mutual de toda responsabilidad.
Cobertura: se pagará directamente al profesional elegido según los alcances establecidos en este reglamento.
Para hacer efectivo el pago el/la prestador/a y/o asociado/a deberán acompañar:
a) Comprobantes de pago oficiales.
b) Formulario de autorización.
c) Planillas de asistencia.

B. Residencia/Geriátrico
Se cubrirá únicamente mediante subsidio con los alcances que seguidamente se exponen. La institución geriátrica deberá contar con las habilitaciones correspondientes expedidas por la autoridad competente.
La pertinencia del pedido será evaluado conforme a la situación socio-familiar del paciente.
Siendo las tareas de asistencia domiciliaria subsidiarias al deber legal de alimentos, el beneficiario o su grupo familiar deberán previamente acreditar que no cuentan con recursos económicos y humanos para hacer frente a las erogaciones y que quienes se encuentran obligados al deber de alimentos y cuidados no puedan cumplimentarlo por causas de fuerza mayor. Se establece expresamente que el valor mensual del subsidio será de PESOS DOSCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE CON CINCUENTA Y UN CENTAVOS ($274.267,51) actualizable conforme porcentaje aprobado por la Superintendencia de Servicios de Salud para prestaciones incluídas dentro del NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. La contratación del establecimiento para la contención del paciente será a exclusiva elección del grupo familiar o responsable directo, deslindándose toda responsabilidad por parte de la Mutual. A esos efectos, esta Mutual requerirá que la prestación sea cubierta por personal idóneo para esta función, previa evaluación y autorización del equipo interdisciplinario.
Cobertura: solo por vía de REINTEGRO.
Para hacer efectivo el reintegro el/la asociado/a deberá acompañar:

a) Comprobantes de pago oficiales.
b) Formulario de autorización.
c) Planillas de asistencia.

Art. 20): Modalidad de Prestaciones Anexas: A- Transporte: El módulo de transporte comprende el traslado de las personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar en el que realiza sus prestaciones ambulatorias y viceversa. A estos efectos, se autorizará conforme lo establecido en la normativa vigente en la materia.
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 a lo previsto en la Ley 24.314, Art. 22. inc. a).
La Mutual abonará hasta los valores retributivos que surjan de la Res. Min. Salud 428/1999 y sus modificatorias, y conforme lo establece el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD, reglamentado por la Gerencia General de la SSS del Ministerio de Salud de la Nación (Res. 6080/03).

Art. 21): La provisión de prótesis, órtesis, medicamentos y suplementos dietarios, y la autorización de prácticas se brindarán (previa evaluación médica del equipo interdisciplinario de la Mutual) sin costo para el asociado, exclusivamente cuando se refieran a la patología discapacitante. Para el resto de las patologías del asociado la cobertura será la que corresponda a su plan de salud.

Anexo: Forma parte del presente el siguiente anexo:
1) Anexo I: "Manual de Acceso a Prestaciones de Discapacidad".

SCS-DR05155-R14

Anexo I

Manual de Acceso a **Prestaciones** de **Discapacidad**

2026

ASPECTOS IMPORTANTES

• El legajo completo deberá ser presentado por el Asociado a través de la Web o en el Centro de Atención Regional más cercano o en la Entidad según corresponda, 40 días antes de comenzar con las prestaciones.

• Los Formularios deben estar cumplimentados en su totalidad y con letra legible.

• La fecha de Emisión debe ser anterior al inicio del tratamiento.

• Es requisito que los formularios estén confeccionados según las instrucciones que se detallan en cada uno de ellos. No deben poseer enmiendas ni tachaduras, excepto que las mismas se encuentren salvadas con firma y sello o aclaración del responsable de completar y firmar los formularios.

• Verifique que la documentación que obra en su poder coincida con la solicitada para cada caso. Quien recepcione la misma efectuará el análisis correspondiente y en caso de inconsistencia o datos faltantes, se procederá a la devolución.

• El Certificado Único de Discapacidad (CUD) debe presentarse sin excepción con el expediente. El mismo tiene que ser válido por la Agencia Nacional de Discapacidad, según Resolución vigente.

• El inicio de las prestaciones sin autorización previa NO OBLIGA a otorgar la cobertura, debido a que en todos los casos se requiere de la Auditoría del Área de Discapacidad.

• En caso de ser necesario, el Área de Discapacidad podrá solicitar documentación adicional a efectos de realizar la evaluación correspondiente.

• Las prestaciones de rehabilitación ambulatoria serán autorizadas por 11 meses al año, esto en función a los períodos vacacionales y la necesidad de descanso.

• La prestación de transporte será autorizada por el menor recorrido establecido según google maps.

• Los requerimientos documentales se encuentran sujetos a disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud, por lo tanto el presente Manual puede tener modificaciones por Resoluciones de futura aplicación.

CIRCUITO DE LA AUTORIZACION PREVIA

La gestión de la autorización de todas las prestaciones vinculadas a Discapacidad, se encuentran a cargo del Asociado o familiar, y se realiza a través de la Web o Centro de Atención Regional o Entidad a la cual se encuentre adherido.

La Auditoría de Discapacidad efectuará el control técnico-administrativo y se procederá a emitir el FORMULARIO N° 4 PRESTACIONES QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA, con el detalle de las prestaciones autorizadas.

El Prestador recibirá mensualmente, vía correo electrónico, el formulario de autorización previa del mes en curso.

VÍAS DE CONTACTO PARA ASOCIADOS

- **Línea Exclusiva para Asociados** 0810-444-72583 (SALUD)
- **ospersaams.com.ar**
- **Centros de Atención Regional y Entidades**
- **Canal de WhatsApp + 54 3493516640 (lunes a viernes de 8 a 17 hs.)**

VÍAS DE CONTACTO PARA PRESTADORES

- **Línea Exclusiva para Prestadores:** 0800-7777-72583 (SALUD)

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR Y FORMULARIOS

DOCUMENTACIÓN DEL ASOCIADO

DOCUMENTACIÓN DEL ASOCIADO

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Certificado de Discapacidad (Hoja 1 de 4)	
- Formulario Datos del Asociado (Hoja 2 de 4)	
- Formulario Cronograma de Actividades (Hoja 3 de 4)	
- Constancia de Concurrencia Escolar o a Centro Educativo Terapéutico (Hoja 4 de 4)	

FORMULARIO DATOS DEL ASOCIADO 2026

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO CON DISCAPACIDAD

*Apellido y Nombre:*_____ *Edad:*_____ *Fecha de Nacimiento:*_____
*Documento: Tipo:*_____ *Nº:*_____
*Domicilio:*_____ *Localidad:*_____ *Provincia:*_____
*Teléfonos: Celular:*_____ *Fijo:*_____
*Correo Electrónico:*_____
*Nombre del Establecimiento Educativo actual y Grado:*_____

CONTACTO ALTERNATIVO

*Apellido y Nombre:*_____
*Vínculo:*_____
*Teléfonos: Celular:*_____ *Fijo:*_____
*Correo Electrónico:*_____

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR CONVIVIENTE

Apellido y Nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y Horarios Laborales

DATOS DEL GRUPO FAMILIAR NO CONVIVIENTE

Personas en contacto directo y frecuente con el Asociado con discapacidad

Apellido y Nombre	Edad	Vínculo	Ocupación	Días y Horarios Laborales

DATOS DEL MÉDICO DE CABECERA Y/O SOLICITANTE

*Apellido y Nombre:*_____
*Teléfonos: Celular:*_____ *Fijo:*_____
*Correo Electrónico:*_____

Los datos consignados son requeridos como complemento del análisis de auditoría de las prestaciones solicitadas. Los mismos revisten carácter de Declaración Jurada.

OBS-FR05017-R07

_____
FIRMA DEL ASOCIADO / RESPONSABLE

_____
ACLARACIÓN

FORMULARIO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2026

FECHA:____/____/____

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

*Documento: Tipo:*_____ *N°:*_____

Para realizar el seguimiento que garantice el correcto desarrollo de las prestaciones, le solicitamos complete el cronograma, indicando:

A) En la columna HORARIO detallar la franja horaria en la que el Asociado recibe la prestación, señalando hora de inicio y fin.

B) En la columna DÍAS colocar el día en que recibe la prestación y especificar el nombre de la misma.

HORARIO		DÍAS						
INICIO	FIN	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO	DOMINGO
08:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
.....:.....	.....:.....							
20:.....	.....:.....							

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR

ACLARACIÓN

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE COMPLETAR EL MÉDICO ESPECIALISTA

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE SOLICITAR EL ASOCIADO AL MÉDICO ESPECIALISTA

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Pedido Médico (Hoja 1 de 6)	
- Formulario Solicitud de Transporte (Hoja 2 de 6)	
- Formulario Resumen de Historia Clínica (Hoja 3 de 6)	
- Formulario FIM (Hoja 4, 5 y 6 de 6)	

FORMULARIO PEDIDO MÉDICO 2026

A completar por Médico Especialista

FECHA:___/___/___

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

*N° de Asociado:*_____

*Documento: Tipo:*_____ *N°:*_____ *Edad:*_____ *Sexo:*_____

Escolarizado (En caso afirmativo deberá presentar Certificado de Alumno Regular) SI ☐ NO ☐

DIAGNÓSTICO

_____

PRESTACIONES SOLICITADAS

Institución (CET - Centro de Día - Hogar con Centro de Día, etc.)

Especialidad: _____

Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

Tipo de jornada: simple ☐ *doble* ☐

DEPENDENCIA **SI** ☐ **NO** ☐ *En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM confeccionado por terapista ocupacional*

Justificación médica de dependencia:

_____

_____

Módulo Maestro de Apoyo

Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

Cantidad de horas semanales: _____

Módulo Apoyo a la Integración Escolar Equipo

Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

Cantidad de horas semanales: _____

Prestaciones ambulatorias por sesión

- *Especialidad:*_____ *Cantidad de sesiones semanales:*_____

  *Período: de*_____ *(mes) hasta*_____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:*_____ *Cantidad de sesiones semanales:*_____

  *Período: de*_____ *(mes) hasta*_____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:*_____ *Cantidad de sesiones semanales:*_____

  *Período: de*_____ *(mes) hasta*_____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:*_____ *Cantidad de sesiones semanales:*_____

  *Período: de*_____ *(mes) hasta*_____ *(mes) del año* _____
- *Especialidad:*_____ *Cantidad de sesiones semanales:*_____

  Período: de _____ *(mes) hasta* _____ *(mes) del año* _____

_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FORMULARIO SOLICITUD DE TRANSPORTE 2026

A completar por Médico Especialista

FECHA:___/___/___

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

*N° de Asociado:*_____

*Documento: Tipo:*_____ *N°:*_____ *Edad:*_____ *Sexo:* _____

Posee franquicia vehicular adquirida ***SI*** ☐ ***NO*** ☐

DIAGNÓSTICO

_____

_____

_____

JUSTIFICACIÓN MÉDICA

Indicar motivo/s por el cual el Asociado se encuentra imposibilitado de trasladarse en transporte público.

_____

_____

_____

TRASLADOS

Prestación: _____

Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____

Prestación:_____

Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____

Prestación:_____

Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____

Prestación:_____

Retorno SI ☐ NO ☐ Período: de_____ (mes) hasta_____ (mes) del año_____

DEPENDENCIA SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo se deberá anexar Formulario FIM

Justificación médica de dependencia: _____

_____

_____

_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FORMULARIO RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA 2026

A completar por Médico Especialista

FECHA:___/___/___

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *Nº:* _____ *Edad:* _____ *Sexo:* _____

DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA DISCAPACITANTE

EVOLUCIÓN DEL CUADRO CLÍNICO DE BASE

Indicar parámetros funcionales actuales (mentales-motores-sensoriales)

ANTECEDENTES DE TRATAMIENTOS TERAPÉUTICOS Y/O INTERVENCIONES EDUCATIVAS

OBJETIVOS DE LOS TRATAMIENTOS PRESCRIPTOS

FECHA DE INICIO DEL TRATAMIENTO

_____/_____/_____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO

FORMULARIO FIM

FECHA:___/___/___

Deberá ser completado por profesionales Médicos, especialistas en Rehabilitación y/o Neurólogos en caso de tratarse de patologías motoras puras, y Médico Psiquiátra en caso de patologías mentales.
Los datos a completar en la planilla serán cotejados con la Historia Clínica evolucionada y actualizada, la que deberá ser presentada conjuntamente con las mismas y sometida a evolución por parte de la Auditoría Médica que determinará, en caso de ser necesario, la realización de Auditoría en Terreno a efectos de corroborar los datos obtenidos con la evaluación clínica in situ y así confirmar o descartar la solicitud.
Los items incluyen tanto a los pacientes motores como mentales, así como aquellas patologías mixtas.

Completar todos los campos del Formulario

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____ *Edad:*_____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

Diagnóstico: _____

Institución: _____ *Fecha de ingreso a la Inst.:* ___/___/___

*Modalidad:*_____

ITEMS	ACTIVIDAD	PUNTAJE
	Autocuidado	
1	Alimentación *(uso de utensilios, masticar y tragar la comida)*	
2	Aseo personal *(lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, lavarse los dientes)*	
3	Baño *(aseo desde el cuello hacia abajo en bañera, ducha o baño de esponja en cama)*	
4	Vestido parte superior *(de la cintura hacia arriba así como colocar ortesis o prótesis)*	
5	Vestido parte inferior *(resto de la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse así como colocar ortesis o prótesis)*	
6	Uso del baño *(mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y después del uso del baño o chata)*	
	Control de esfinteres	
7	Control de intestino *(control completo e intencional de la evacuación intestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)*	
8	Control de vejiga *(control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)*	
	Transferencias	
9	Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama *(pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla y volver a la posición inicial, si camina lo debe hacer de pie)*	
10	Transferencia al baño *(sentarse y salir del inodoro)*	
11	Transferencia a la ducha o bañera *(entrar y salir de la bañera o ducha)*	
	Locomoción	
12	Marcha/Silla de ruedas *(caminar sobre una superficie llana una vez que está en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)*	
13	Escaleras *(subir y bajar escalones)*	
	Comunicación	
14	Comprensión *(entendimiento de la comunicación auditiva o visual Ej.: escritura, gestos, signos, etc.)*	
15	Expresión *(expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)*	
	Conexión	
16	Interacción social *(habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales, respetar límites)*	
17	Resolución de problemas *(resolver problemas cotidianos)*	
18	Memoria *(habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y rostros familiares)*	

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Independiente	Puntuación
Independiente Total	7
Independiente con Adaptaciones	6
Dependiente	**Puntuación**
Solo requiere supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta 75% a más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta 50% a más	3
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta 25% a más	2
Requiere asistencia total. Paciente aporta menos del 25%	1

PUNTAJE FIM TOTAL

Los datos volcados revisten carácter de Declaración Jurada y deberán ser acompañados por sello, firma, matrícula y especialidad de los prof. intervenientes

FIRMA Y SELLO DEL T. OCUPACIONAL

N° de Matrícula:

FIRMA Y SELLO DEL PROF. INTERVINIENTE

N° de Matrícula:

Especialidad:

OBS-FR05027-R02

DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES

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 absorventes. 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 terapeúticas, 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 TERAPEUTA OCUPACIONAL

FIRMA Y SELLO DEL PROF. INTERVINIENTE

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Prestaciones en Ambulatorio-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones en Ambulatorio -

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 11)	
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 11)	
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 11)	
- Formulario Presupuesto de Prestaciones en Ambulatorio (Hoja 4 de 11)	
- Título Profesional Habilitante. Matrícula (Hoja 5 de 11)	
- Habilitación del Consultorio o lugar donde brinda el Servicio. (Hoja 6 de 11)	
- Constancia de Inscripción en el Reg. Nac. de Prestadores. (RNP) (Hoja 7 de 11)	
- Constancia Inscripción de AFIP (Hoja 8 de 11)	
- Constancia Inscripción Impuestos de Ingresos Brutos (Hoja 9 de 11)	
. Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.	
. Si presta servicio en la Pcia. de Santa Fe anexar Formulario API 1276	
- Seguro de Responsabilidad Civil (Hoja 10 de 11)	
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 11 de 11)	

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2026

FECHA:___/___/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR **(en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta):** _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO:_____ DPTO.:_____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO:___/___/___

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___ /___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *Nº:*_____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

*Prestación:*_____

Período: Desde _____ *Hasta:*_____ *Año:* *2026*

PLAN DE TRATAMIENTO

Modalidad:

Abordaje y estrategias a utilizar:

Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:

Descripción de la participación de la familia:

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

_____

ACLARACIÓN

FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___/___

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre:_____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Prestador: _____

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO

(marcar con una X lo que corresponda)

☐ **Informe de Evaluación Inicial:** se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

☐ **Informe Evolutivo de la Prestación:** debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

INFORME

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Nota: agregar hoja/s adicionales de ser necesario.

FORMULARIO PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EN AMBULATORIO 2026

(Kinesiología, Fonoudiología, Psicología, Terapia Ocupacional, etc.)

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Período: Desde : _____ *Hasta:* _____ *Año:* 2026

Cantidad de sesiones semanales: _____ *Cantidad de sesiones mensuales:* _____

Monto por Prestación: $ _____ *Monto Mensual: $* _____

DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Domicilio real donde se brindará la prestación: _____

Localidad: _____ *Provincia:* _____

Correo Electrónico: **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :** _____

_____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

En los Días		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS	*DESDE*						
	HASTA						

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
	Dejo constancia de mi consentimiento al programa descripto precedentemente
_____ **Firma del Profesional**	_____ **Firma**
_____ **Sello o Aclaración del Profesional**	_____ **Aclaración** _____ **Tipo y N° de Documento**
	_____ **Vínculo**

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Apoyo a la Integración Escolar-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Apoyo a la Integración Escolar -

(Módulo maestra de apoyo - Módulo de apoyo a la integración escolar en equipo)

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 13)	
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 13)	
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 13)	
- Formulario Presup. Maestro o Equipo de Apoyo a la Integración Escolar. (Hoja 4 de 13)	
- Formulario Detalle de Prof. que integran el Equipo de Apoyo a la Integración Escolar (Hoja 5 de 13)	
- Acta Acuerdo de Integración (se puede presentar hasta 60 días posterior al comienzo del ciclo lectivo) (Hoja 6 de 13)	
- Formulario de Adaptaciones Curriculares (Hoja 7 de 13)	
- Certificado de alumno regular (se puede presentar 60 días posterior al comienzo del ciclo lectivo. Debe estar completa y sellada en todos los campos requeridos) (Hoja 8 de 13)	
- Habilitación como equipo o Certificado analítico de Materias según corresponda (Hoja 9 de 13)	
- Constancia Inscripción de AFIP (Hoja 10 de 13)	
- Constancia inscripción impuestos Ingresos Brutos. (Hoja 11 de 13)	
. Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.	
. Si presta servicio en la Pcia. de Santa Fe anexar Formulario API 1276	
- Seguro de Responsabilidad Civil (Hoja 12 de 13)	
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 13 de 13)	

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2026

FECHA:___/___/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR **(en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta):** _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO:_____ DPTO.:_____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO:____/____/____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___ /___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *Nº:*_____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

*Prestación:*_____

Período: Desde _____ *Hasta:*_____ *Año:* *2026*

PLAN DE TRATAMIENTO

Modalidad:

Abordaje y estrategias a utilizar:

Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:

Descripción de la participación de la familia:

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___/___

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre:_____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Prestador: _____

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO

(marcar con una X lo que corresponda)

☐ **Informe de Evaluación Inicial:** se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

☐ **Informe Evolutivo de la Prestación:** debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

INFORME

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Nota: agregar hoja/s adicionales de ser necesario.

FORMULARIO PRESUPUESTO MAESTRO DE APOYO / EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR 2026

FECHA:___/___ /___ *Debe ser anterior al inicio del tratamiento*

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

MÓDULO MAESTRO DE APOYO ☐ *MÓDULO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR EQUIPO* ☐

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año:* 2026

Cantidad de horas semanales: _____ *Cantidad de horas mensuales:* _____

Monto por Prestación: $ _____ *Monto Mensual: $* _____

DATOS DEL PRESTADOR

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Correo Electrónico: **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :** _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD AÚLICA

En la Escuela común sito en la Calle: _____ *N°:* _____

de la Ciudad de _____ *Provincia:* _____

En los Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS *DESDE*					
HORARIOS *HASTA*					

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA ACTIVIDAD EXTRA ÁULICA

Domicilio real donde se brindará la presentación, sito en _____ *N°:* _____

Calle: de la Ciudad de _____ *Provincia:* _____

En los Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS *DESDE*					
HORARIOS *HASTA*					

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
_____ Firma del Profesional o Responsable de la Institución	*Dejo constancia de mi consentimiento al programa descripto precedentemente* _____ Firma
_____ Sello o Aclaración del Profesional	_____ Aclaración _____ Tipo y N° de Documento
_____ Sello de la Institución	_____ Vínculo

FORMULARIO DETALLE DE PROFESIONALES QUE INTEGRAN EL EQUIPO DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR 2026

FECHA:___/___ /___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

LISTADO DE PROFESIONALES QUE INTERVIENEN EN LA INTEGRACIÓN ESCOLAR
-debe estar detallado el equipo completo-

Nombre	Apellido	Especialidad	N° Matrícula	Firma y Sello

ACTA ACUERDO DE INTEGRACIÓN 2026

En la ciudad de.....a los.....días del mes de.....del año 2026

se establece en común acuerdo entre las instituciones..... y los padres del alumno/a

.....lo siguiente:

1- El alumno será acompañado en su escolaridad común de una maestra integradora, quien desempeñará el rol de maestro de apoyo, significando su asistencia pedagógica la cual consistirá en la adaptación y el seguimiento del alumno en todo aquello requerido a su integración. La docente a cargo de la integración cuenta con el debido consentimiento de los padres.

2 - El alumno será respetado en sus diferencias y al mismo tiempo deberá recibir el mismo trato que los demás alumnos. El objetivo es mantener un equilibrio entre la participación posible en el círculo común y las propuestas curriculares adaptadas. La integración escolar del niño será mayor en cuanto más participe de las actividades curriculares.

3 - La docente integradora deberá presentar estudios e informes pedagógicos frecuentes a fin de realizar un adecuado seguimiento de los alumnos, en lo posible que trabaje conjuntamente a la maestra de grado.

4 - Ambas instituciones, la institución educativa y el equipo de integración, informaran en forma conjunta a los padres sobre el proceso, evolución y evaluación del proyecto. Todo cambio o nueva propuesta será con el consentimiento de las instituciones y los padres.

5 - Las decisiones y los procesos institucionales corresponden a la institución educativa.

6 - Se informará con antelación al equipo integrador las evaluaciones, salidas educativas y recreativas, actos y toda situación especial para poder organizarla previamente con el docente integrador. La institución educativa a través de sus docentes y personal en general tendrá la responsabilidad y atención que tiene con el resto de sus alumnos.

7 - Los padres se comprometen a avisar a las instituciones de las causales de la inasistencia del alumno, a respetar los horarios de entrada y salida, y a participar de las diferentes propuestas pedagógicas acordadas entre ambas instituciones. Habiendo leído las pautas referidas a la integración y manifestar el acuerdo con todo lo expresado, nos comprometemos a trabajar en beneficio del alumno/a.

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
En los Días y Horarios Desde					
Hasta					

AÑO: 2026 SALA: _____ TURNO: _____

FIRMA RESPONSABLE DEL ASOCIADO: _____

ACLARACIÓN: _____

FIRMA Y SELLO DE LOS DIRECTIVOS DE LA ESCUELA: _____

ACLARACIÓN: _____

FIRMA Y SELLO DEL/LA COORDINADOR/A DEL EQUIPO DE INTEGRACIÓN: _____

ACLARACIÓN: _____

FIRMA DOCENTE INTEGRADOR: _____

ACLARACIÓN: _____

FORMULARIO DE ADAPTACIONES CURRICULARES 2026

FECHA:____/____/____

Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *N°:*_____

ADAPTACIONES CURRICULARES POR ÁREA

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Prestaciones en Instituciones-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones en Instituciones -

(Centro de Día-Centro Educativo Terapeútico-Hogares-Hospital de Día-Residencia-Formación Laboral-Escolaridad)

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 12)
- Formulario Plan de Tratamiento (Hoja 2 de 12)
- Formulario Informe Inicio o Continuidad de Tratamiento (Hoja 3 de 12)
- Formulario Presupuesto de Prestaciones en Instituciones (Hoja 4 de 12)
- Formulario para Instituciones de Estimulación Temprana (Hoja 5 de 12)
- Constancia de Concurrencia a la Institución (Hoja 6 de 12)
- Informe Social (Hoja 7 de 12)
- Constancia de Inscripción en el Servicio Nac. de Rehabilitación. (SNR) (Hoja 8 de 12)
- Constancia Inscripción de AFIP (Hoja 9 de 12)
- Constancia Inscripción Impuestos de Ingresos Brutos (Hoja 10 de 12)
  . Contribuyente local o convenio bilateral.
  . Certificado Excepción y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos.
  . Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Form. API 1276
- Habilitación Municipal (Hoja 11 de 12)
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 12 de 12)

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2026

FECHA:___/___/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR **(en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta):** _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO:_____ DPTO.:_____

C.P.: _____ LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN: _____ ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO:____/____/____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PLAN DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___ /___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

*Apellido y Nombre:*_____

Documento: Tipo: _____ *Nº:*_____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

*Prestación:*_____

Período: Desde _____ *Hasta:*_____ *Año:* *2026*

PLAN DE TRATAMIENTO

Modalidad:

Abordaje y estrategias a utilizar:

Objetivos a corto y largo plazo, logrados y no logrados según diagnóstico:

Descripción de la participación de la familia:

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

_____

ACLARACIÓN

FORMULARIO INFORME DE INICIO O CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO 2026

FECHA:___/___/___

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre:_____

Documento: Tipo: _____ N°: _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Prestador: _____

INFORME DE EVALUACIÓN INICIAL O EVOLUTIVO

(marcar con una X lo que corresponda)

☐ **Informe de Evaluación Inicial:** se debe remitir exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

☐ **Informe Evolutivo de la Prestación:** debe constar: período de abordaje, modalidad de la prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

INFORME

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

FIRMA DEL PROFESIONAL

ACLARACIÓN

Nota: agregar hoja/s adicionales de ser necesario.

FORMULARIO PRESUPUESTO DE PRESTACIONES EN INSTITUCIONES 2026

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA PRESTACIÓN

Prestación: _____

Tipo de jornada a realizar: Simple ☐ *Doble* ☐

Categoría A ☐ *B* ☐ *C* ☐

Incluye almuerzo SI ☐ *NO* ☐ *Dependencia, sujeto a evaluación SI* ☐ *NO* ☐

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026

Monto Mensual $ _____

DATOS DEL PRESTADOR O INSTITUCIÓN

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

Domicilio real donde se brindará la prestación: _____

Localidad: _____ *Provincia:* _____

Correo Electrónico: ***(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :*** _____

CRONOGRAMA DE ASISTENCIA

En los Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
HORARIOS DESDE					
HASTA					

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR	ASOCIADO O RESPONSABLE
	Dejo constancia de mi consentimiento al programa descripto precedentemente
_____ Firma del Profesional o Responsable de la Institución	_____ Firma
_____ Sello o Aclaración del Profesional	_____ Aclaración _____ Tipo y N° de Documento
_____ Sello de la Institución	_____ Vínculo

FORMULARIO PARA CENTRO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA 2026

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

A continuación detallamos los Profesionales que participan en el tratamiento de estimulación temprana:

PROFESIONALES ESPECIALIZADOS EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA -se debe detallar el listado completo de los profesionales intervinientes-

Especialidad	Apellido	Nombre	N° Matrícula	Firma y Sello
Médico Pediatra o Neurólogo Infantil				

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS

-Prestaciones de Transporte-

DOCUMENTACIÓN QUE DEBEN COMPLETAR LOS PRESTADORES DE SERVICIOS - Prestaciones de Transporte -

Corresponde respetar el orden y paginación de la documentación a entregar. En caso de no presentar alguna/s de ella/s, tienen que cumplimentar y anexar el **FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA**, el mismo se encuentra al final, en el apartado OTROS FORMULARIOS y **deben indicar el o los motivos por el cual no se presentó, con la firma y aclaración del Asociado / Representante.**

Marcar con una X la documentación recepcionada

- Formulario Ficha del Prestador (Hoja 1 de 11)	
- Formulario Presupuesto de Transporte (Hoja 2 y 3 de 11)	
- Carnet de Conducir (Hoja 4 de 11)	
- Habilitación Municipal (Hoja 5 de 11)	
- Póliza y Cobertura de Seguro (Hoja 6 de 11)	
- Verificación Técnica Vehicular (VTV) (Hoja 7 de 11)	
- Constancia de Inscripción de AFIP (debe corresponder con la actividad principal de traslado) (Hoja 8 de 11)	
- Constancia inscripción impuestos Ingresos Brutos. (Hoja 9 de 11)	
. Contribuyente local o convenio bilateral	
. Certificado Exención y/o no retención, tanto de Impuestos a las Gcias. como de Impuestos sobre Ingresos Brutos	
. Si presta servicios en la Pcia. de Santa Fe anexar Form. API 1276	
- Constancia CBU emitida por Home Banking (Hoja 10 de 11)	
- Constancia Policial de Domicilio (Hoja 11 de 11)	
- Mapa Google Maps con el menor recorrido (se autorizará el menor recorrido establecido).	

FORMULARIO FICHA DEL PRESTADOR 2026

FECHA:___/___/___

DATOS PERSONALES

APELLIDO Y NOMBRE COMPLETO O RAZÓN SOCIAL: _____

TIPO DE DOC: _____ N°: _____ N° CUIT: _____

N° ACREEDOR **(en caso de no completar se le solicitará documentación adicional para dar el alta):** _____

DOMICILIO FISCAL: CALLE: _____ N°: _____ TORRE: _____ PISO:_____ DPTO.:_____

C.P.: _____LOCALIDAD: _____ PCIA.: _____

TIPO DE TELÉFONO: _____ N°: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :**

_____

DATOS BANCARIOS -la cuenta bancaria debe ser de titularidad de la Razón Social autorizada a brindar la práctica-

N° CBU: _____ TIPO DE CUENTA: _____

N° DE CUENTA: _____ BANCO: _____ SUCURSAL: _____

DATOS PROFESIONALES

TÍTULO/FORMACIÓN:_____ESPECIALIDAD: _____

N° DE MATRÍCULA: _____ FECHA DE VENCIMIENTO:____/____/____

TELÉFONO DEL CONSULTORIO O INSTITUCIÓN: _____

CONDICIÓN FRENTE AL IVA

RESPONSABLE INSCRIPTO ☐ EXENTO ☐ MONOTRIBUTO ☐

EXENCIÓN INGRESOS BRUTOS

En caso afirmativo debe adjuntar el certificado correspondiente

SI ☐ NO ☐

Los datos consignados revisten carácter de Declaración Jurada.

_____

FIRMA Y SELLO / ACLARACIÓN

FORMULARIO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE 2026

FECHA:___/___/___
Debe ser anterior al inicio del tratamiento

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

DATOS DE LA EMPRESA DE TRANSPORTE

Apellido y Nombre o Razón Social: _____

_____

Correo Electrónico: **(donde se enviarán los Formularios de Autorización Previa, completar con letra legible) :** _____

_____

RECORRIDO

Para cada recorrido deberá indicar el kilometraje mínimo según Google Maps (www.maps.google.com.ar) acompañado de su respectivo mapa. Indicar con una cruz si corresponde Ida y Regreso o solo uno de los trayectos.

RECORRIDO 1

☐ **IDA**
☐ **REGRESO**

Asociado se traslada a la prestación: _____
Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____
Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026
Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

RECORRIDO 2

☐ **IDA**
☐ **REGRESO**

Asociado se traslada a la prestación: _____
Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____
Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026
Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

RECORRIDO 3

☐ **IDA**
☐ **REGRESO**

Asociado se traslada a la prestación: _____
Desde Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____
Hasta Calle: _____ *N°:* ____ *Localidad:* _____

Días	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026
Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

FORMULARIO PRESUPUESTO DE TRANSPORTE 2026

RECORRIDO 4

☐ **IDA**
☐ **REGRESO**

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ *Nº:* ____ *Localidad:* _____

Hasta Calle: _____ *Nº:* ____ *Localidad:* _____

Días	**LUNES**	**MARTES**	**MIÉRCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	**SÁBADO**
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026

Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

RECORRIDO 5

☐ **IDA**
☐ **REGRESO**

Asociado se traslada a la prestación: _____

Desde Calle: _____ *Nº:* ____ *Localidad:* _____

Hasta Calle: _____ *Nº:* ____ *Localidad:* _____

Días	**LUNES**	**MARTES**	**MIÉRCOLES**	**JUEVES**	**VIERNES**	**SÁBADO**
HORARIOS DESDE						
HORARIOS HASTA						

Período: Desde _____ *Hasta* _____ *Año* 2026

Km Diarios: _____ *Km Mensuales:* _____ *Precio por Km Mensual:* _____

Prestación con dependencia, sujeto a evaluación: **SI** ☐ **NO** ☐

En caso de requerir dependencia, detallar apoyos específicos que se brindan:

_____

_____

CANTIDAD DE KILOMETROS MENSUALES: _____

MONTO MENSUAL: $ _____

Yo Asociado/Responsable.....con documento Tipo..... N°.....doy mi conformidad respecto a la/s prestación/es que precedentemente se detallan y dejo constancia que han explicado en términos claros y adecuados comprendiendo las alternativas disponibles.

PRESTADOR	**ASOCIADO O RESPONSABLE**
	Dejo constancia de mi consentimiento al programa descripto precedentemente
_____ **Firma del Transportista**	_____ **Firma**
_____ **Aclaración**	_____ **Aclaración**
	_____ **Tipo y N° de Documento**
	_____ **Vínculo**

OTROS FORMULARIOS

NOTA DE SOLICITUD DE FIN O CAMBIO DE PRESTACIÓN 2026

Apellido y Nombre del Asociado: _____

Documento: Tipo: _____ *N°:* _____

Por medio de la presente, dejo constancia del requerimiento de la baja de la prestación de _____

(Ej: Psicología, Fonoaudiología, CET, etc.) con el Profesional y/o Institución _____

a partir de la fecha ____/____/____

Solicito nueva alta para la prestación de _____

con el Profesional y/o Institución _____

a partir de la fecha ____/____/____ *y por el período* _____

Motivo del fin o cambio de prestación: _____

_____

_____

_____

FIRMA DEL ASOCIADO O RESPONSABLE

_____

ACLARACIÓN

_____

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

FORMULARIO NOTA ACLARATORIA POR DOCUMENTACIÓN NO PRESENTADA

DATOS DEL ASOCIADO

Apellido y Nombre: _____

Documento: Tipo: _____ *Nº:* _____

DOCUMENTACIÓN 1 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 2 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 3 NO PRESENTADA

Motivos: _____

DOCUMENTACIÓN 4 NO PRESENTADA

Motivos: _____

FIRMA DEL ASOCIADO / RESPONSABLE

ACLARACIÓN