



INSTRUCTIVO DISCAPACIDAD 2026



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

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

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

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



Cómo debe presentarse la documentación ?



La documentación podrá ser firmada en forma ológrafa, electrónica o digital y se enviará a través de un archivo escaneada en formato pdf, por medios digitales al email: programasespeciales@ospevic.org.ar

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



DOCUMENTACIÓN DEL SOCIO

- 1- Ficha de Encuesta Social (Adjunta). Deberá solicitar turno por mail en programasespeciales@ospevic.org.ar. Se realizará por Trabajadora Social de la Obra Social.
- 2- Copia del DNI del beneficiario y el titular. (Frente y dorso).
- 3- Copia de la credencial del beneficiario y del titular (Sujeto a vigencia de padrón).
- 4- Copia de los tres últimos comprobantes de pago en caso de ser Monotributistas.
- 5- Copia de certificado de discapacidad VIGENTE autenticada por autoridad competente.
- 6- Consulta de empadronamiento en ANSES que se encuentre actualizada (CODEM) en el mismo deberá figurar el afiliado como discapacitado..
- 9- Autorización a la Obra Social (Planilla Adjunta).



Documentación emitida por el médico:

- 1- Resumen de Historia Clínica. (Planilla Adjunta).
- 2- Solicitud de Prestaciones. (Planilla Adjunta).

IMPORTANTE:

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

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

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

Deben ser completados por médico Neurólogo o Fisiátra.



Será responsabilidad del equipo multidisciplinario del de la Obra Social autorizar las prestaciones considerando los siguientes criterios: a) Si se solicita Transporte, la Justificación de la imposibilidad de usar transporte público presentada en la prescripción. b) Selección de profesionales e instituciones existentes en nuestra cartilla y correctamente registrados. c) Priorización de prestadores más cercanos al domicilio del paciente. d) Evaluación y minimización de los tiempos de traslado, especialmente en casos de prestaciones recurrentes semanales y de diferentes tipos de Apoyo Terapéutico. El equipo multidisciplinario deberá aplicar estos criterios en la medida de las circunstancias, buscando evitar tiempos exagerados de traslado que puedan impactar negativamente en el tratamiento del paciente.

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



AUTORIZACION A LA OBRA SOCIAL

Córdoba,.....de.....de

Por medio de la presente en carácter de titular, autorizo a la Obra Social OSPEVIC a realizar todos los trámites que sean necesarios para la gestión por discapacidad ante SUR (Sistema Único de Reintegro) para:

Apellido y Nombre.....

DNI.....

Firma del Titular.....

Aclaración.....

DNI.....

E- mail.....

Teléfono Particular.....Teléfono Celular.....

Domicilio.....

Localidad.....CP.....



RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Córdoba,..... de.....de

Datos de Identificación

Obra Social O.S.P.E.V.I.C. (RNOS 1-2280-7)

Apellido y Nombre.....

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

Diagnostico.....

Antecedentes

Evaluación funcional:

Firma y Sello del Medico Tratante.....



SOLICITUD DE PRESTACIONES

Córdoba.....de.....de

Datos de Identificación

Obra Social O.S.P.E.V.I.C. (RNOS 1-2280-7)

Apellido y Nombre.....

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

Diagnostico.....

Solicito:

*-.....(.....) sesiones semanales.

*-.....(.....) sesiones semanales.

*-.....(.....) sesiones semanales.

*-.....(.....) sesiones semanales.

*-.....(.....) sesiones semanales.

*, jornada.....

Periodo de prestación.....a.....de

Firma y sello del Medico Tratante.....



INSTRUCTIVO REHABILITACIÓN 2026



PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA

Definición: Está destinada a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución categorizada y especializada en rehabilitación de nuestra cartilla

Cada módulo comprende los siguientes tipos de atención:

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

Modalidad de cobertura:

a) Módulo de tratamiento integral intensivo: Deberán distribuirse las distintas especialidades en tres días de la semana o más de 20 sesiones al mes.

b) Módulo por tratamiento integral simple: Deberán distribuirse las especialidades en dos días a la semana o hasta 20 sesiones mensuales.



Documentación emitida por el prestador

1- Evaluación inicial. Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.

En el mes de julio del año 2026 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre. (Hoja separada del resto de la documentación, y debe ser un informe por prestación).

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

3- Instituciones categorizadas:

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

* Fotocopia de categorización emitida por Junta de Discapacidad,

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

* Constancia de AFIP vigente.

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

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

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



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

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

QUÉ DIFERENCIA HAY ENTRE INTEGRACIÓN ESCOLAR EN EQUIPO Y UN MAESTRO DE APOYO?

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

QUÉ POBLACIÓN ABARCA?

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

LOS MÓDULOS TIENEN UN MÍNIMO DE HORAS?

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

RECORDAR:

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



Documentación del prestador

- 1- Evaluación inicial. Se solicitará exclusivamente al comienzo de una nueva prestación, en el cual consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación, firmado por el prestador.
En el mes de julio del año 2024 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre. (Hoja separada del resto de la documentación).
- 2- Teniendo en cuenta el plan de trabajo, indicar objetivos educativo-terapéuticos evidenciables respecto de las características de cada beneficiario, respetando tratamiento y plazos estimados de cumplimiento. (Hoja separada del resto de la documentación).
- 3- Proyecto Pedagógico Individual (PPI).
- 4- Acta Acuerdo (Planilla Adjunta). Deberá ser firmada en original por un representante de la institución a cargo de la Integración escolar, por la máxima autoridad del establecimiento de educación común y por el padre o madre del socio (todas las firmas y sellos en original).
- 5- Instituciones Categorizadas:
 - * Fotocopia de Habilitación del Ministerio de Salud y/o Ministerio de Educación.
 - * Fotocopia de Categorización emitida por Junta de Discapacidad.
 - * Fotocopia de Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
 - * Constancia de AFIP vigente.
 - Maestra de Apoyo:
 - * Fotocopia de DNI (Primera y segunda hoja), Fotocopia de Título habilitante.
 - . En caso de Maestra de Apoyo, Analítico con materias aprobadas además del Título.
 - * Fotocopia de Póliza de Seguro de Mala Praxis.
 - * Constancia de AFIP vigente.
 - * Inscripción en Registro Nacional de Prestadores (Superintendencia de Salud).
- 6- Presupuesto general confeccionado respetando indicaciones, aranceles y formato exigido (Planilla Adjunta).
- 7- Constancia de CBU (Clave Bancaria Uniforme) emitida por el banco o desde Home Banking. La cuenta bancaria y el CBU debe estar a nombre del prestador que emite la factura.
- 8- Consentimiento informado. (Planilla adjunta Instituciones).



INFORMACIÓN IMPORTANTE

1

¿SE ACEPTA DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA?

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

2

¿QUÉ DEBO HACER SI SE SUSPENDE EL TRATAMIENTO?

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

3

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

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



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Córdoba.....de.....de

Apellido y Nombre.....

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

Diagnóstico.....

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
08:00 a 09:00 hs					
09:00 a 10:00 hs.					
10:00 a 11:00 hs.					
11:00 a 12:00 hs.					
12:00 a 13:00 hs.					
13:00 a 14:00 hs.					
14:00 a 15:00 hs.					
15:00 a 16:00 hs.					
16:00 a 17:00 hs.					
17:00 a 18:00 hs.					
18:00 a 19:00 hs.					
19:00 a 20:00 hs.					

Firma del titular.....

Aclaración.....

DNI.....



FIM (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

Córdoba.....de.....de

Datos de Identificación

Obra Social O.S.P.E.V.I.C. (RNOS 1-2280-7)

Apellido y Nombre.....

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

Diagnostico.....

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

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

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

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

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



CONEXIÓN		
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	

Observaciones.....
.....

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

CONCLUSION: El beneficiario Requiere / No requiere dependencia

Firma y sello.....



PRESUPUESTO PRESTACIONAL OBRA SOCIAL OSPEVIC

Fecha de Emisión: ____ / ____ / ____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL OSPEVIC

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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

1. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

2. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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

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

Firma:.....

Aclaración:

Documento:



INSTRUCTIVO EDUCATIVO 2026



Módulo Centro Educativo - Terapéutico:

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

QUÉ MODALIDADES PRESENTA?

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

QUÉ ES LA DEPENDENCIA Y FORMULARIO FIM?

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

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

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

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



PRESTACIONES EDUCATIVAS

Educación inicial

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

Educación General Básica

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

Formación Laboral

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

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



Documentación del prestador

1- Evaluación inicial Solo si es una Prestación Nueva para el afiliado. En el mes de julio del año 2024 deberá presentarse el informe correspondiente a la evolución del primer semestre (Hoja separada del resto de la documentación).

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

3- Instituciones Categorizadas:

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

* Copia de Categorización emitida por Junta de Discapacidad.

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

* Constancia de ARCA vigente.

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

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

6- Consentimiento informado. (Planilla adjunta Instituciones).



Centro de Orientación y/o Coordinación de Servicios

Los afiliados pueden evacuar sus dudas, consultar instructivos o coordinar cita para Equipo interdisciplinario en **Centro Médico OSPEVIC ubicado en Calle Rivera Indarte 1468**

Responsables Médicos

Dr. Marín Daniel Auditor Médico

Dra. Lardone Andrea Fisiatra

Responsable Administrativo

Méndez Daniel

Cóceres Gisella



Procedimiento para consulta con equipo interdisciplinario

Los afiliados deben enviar un email a **programasespeciales@ospevic.org.ar** o dirigirse personalmente a Centro Médico OSPEVIC ubicado en Rivera Indarte 1468 para poder coordinar entrevista con equipo interdisciplinario de la institución.



Procedimiento para Autorizaciones de Discapacidad

La Res. N° 1731/2021 de la SSSalud publicada en el Boletín Oficial establece las pautas para la presentación de solicitudes de prestaciones para las personas con discapacidad, ante los Agentes del Seguro de Salud y/o Entidades de Medicina Prepaga para el año 2022.

De acuerdo a la misma se establece que el procedimiento para las autorizaciones de un tratamiento de Discapacidad es el siguiente:

El afiliado debe enviar el instructivo de Discapacidad con todos sus requisitos completos por email a programasespeciales@ospevic.org.ar, luego el legajo comienza la instancia de Auditoría por el equipo interdisciplinario conformado por Médico Auditor Marin Daniel junto a Fisiatra Dra. Lardone Andrea y si es aprobado se envían por Email las autorizaciones firmadas para que el afiliado pueda comenzar su tratamiento.

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

Los cambios y/o actualizaciones en cartilla o en la operatividad del área se informan periódicamente en nuestra página web <https://www.ospevic.org.ar> en donde pueden descargarse las cartillas actualizadas y visualizar cualquier tipo de cambio que afecte a la operatividad del área



Procedimiento para consulta con equipo interdisciplinario

Los afiliados deben enviar un email a **programasespeciales@ospevic.org.ar** / **auditoriamedica.ospevic@gmail.com** o dirigirse personalmente a Centro Médico OSPEVIC ubicado en Rivera Indarte 1468 para poder coordinar entrevista con equipo interdisciplinario de la institución.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Córdoba.....de.....de

Apellido y Nombre.....

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

Diagnóstico.....

	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
08:00 a 09:00 hs					
09:00 a 10:00 hs.					
10:00 a 11:00 hs.					
11:00 a 12:00 hs.					
12:00 a 13:00 hs.					
13:00 a 14:00 hs.					
14:00 a 15:00 hs.					
15:00 a 16:00 hs.					
16:00 a 17:00 hs.					
17:00 a 18:00 hs.					
18:00 a 19:00 hs.					
19:00 a 20:00 hs.					

Firma del titular.....

Aclaración.....

DNI.....



FIM (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

Córdoba.....de.....de

Datos de Identificación

Obra Social O.S.P.E.V.I.C. (RNOS 1-2280-7)

Apellido y Nombre.....

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

Diagnostico.....

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

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

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

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

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



CONEXIÓN		
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	

Observaciones.....
.....

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

CONCLUSION: El beneficiario Requiere / No requiere dependencia

Firma y sello.....



PRESUPUESTO PRESTACIONAL OBRA SOCIAL OSPEVIC

Fecha de Emisión: ____ / ____ / ____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Domicilio donde se realiza la prestación: _____

Correo electrónico de contacto: _____ Teléfono: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Modalidad prestacional a brindar: _____

Tipo de jornada a realizar: _____ Categoría: _____

Período: desde: _____ hasta: _____

Almuerzo: Sí - No.

Monto Mensual: _____

En caso de corresponder:

Dependencia: Sí - No.

Matrícula anual: _____

Cantidad de sesiones mensuales: _____ Monto por Sesión: _____

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

Días	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Horario	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:

Firma y Aclaración del Prestador.

CONFORMIDAD PRESTACIONAL OSPEVIC

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

Apellido y nombre del beneficiario:

Número de Afiliado:

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

1. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

2. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

3. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

4. **Prestación:** _____

Prestador: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Firma:

Aclaración:

SI EL FIRMANTE NO ES LA PERSONA CON DISCAPACIDAD COMPLETAR:

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

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

Firma:.....

Aclaración:

Documento:



INSTRUCTIVO TRANSPORTE 2026



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

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

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

**EL INSTRUCTIVO DE TRASLADOS PODRÁ SER SOLICITADO AL EMAIL
PROGRAMASESPECIALES@OSPEVIC.ORG.AR
AL MISMO EMAIL DEBERÁN ENVIAR TODOS LOS REQUISITOS COMPLETOS PARA SU
AUTORIZACIÓN.**



DOCUMENTACIÓN DEL SOCIO

- 1- Copia del DNI del beneficiario y el titular. (Frente y dorso).
- 2- Copia de la credencial del beneficiario y del titular (Sujeto a vigencia de padrón).
- 3- Copia de los tres últimos recibos de haberes mensuales (Empleados en relación de dependencia). Fotocopia de los tres últimos comprobantes de pago (Monotributistas).
- 4- Copia de certificado de discapacidad autenticado.
- 5- Consulta de empadronamiento en ANSES que se encuentre actualizada (CODEM). Deberá figurar el afiliado como discapacitado.
- 6- Si se solicita Transporte a escuela, constancia de alumno regular del año en curso emitida a la Obra Social. En caso de no encontrarse escolarizado deberá presentar Anexo correspondiente. Tienen plazo hasta el 31 de Marzo del 2026.
- 9- Autorización a la Obra Social (Planilla Adjunta).
- 10- Conformidad. (Planilla Adjunta).
- 11- Cronograma de actividades indicando la distribución de todas las actividades pautadas (Planilla Adjunta).
- 12- Certificado de Domicilio expedido por la policía.



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



Documentación emitida por el médico:

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

IMPORTANTE:

La documentación anterior debe confeccionarse teniendo en cuenta los formularios entregados por la obra social y detallada a continuación, sin excepción. La fecha de emisión debe ser anterior al inicio de la prestación y el período solicitado para el servicio requerido. Estas prescripciones NO pueden ser realizadas por un médico de la institución en la que se efectuarán las prestaciones. Debe completarse por Médico Neurólogo o Fisiátria.



QUÉ ES LA DEPENDENCIA Y FORMULARIO FIM?

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

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

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

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



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



Documentación del prestador

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



INFORMACIÓN IMPORTANTE

1

¿SE ACEPTA DOCUMENTACIÓN INCOMPLETA?

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

2

¿QUÉ DEBO HACER SI SE SUSPENDE EL TRATAMIENTO?

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

3

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

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

4

¿PUEDO SEGUIR UN TRATAMIENTO CON EL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VENCIDO? **SI BIEN, ESTÁN VIGENTES LAS RESOLUCIONES 209/2020 y 1116/20 DONDE SE PRORROGAN POR UN AÑO EL VENCIMIENTO DE LOS CERTIFICADOS ÚNICOS DE DISCAPACIDAD CONTADOS A PARTIR DE SU VENCIMIENTO. SE SUGIERE IR GESTIONANDO TURNO EN LAS RESPECTIVAS JUNTAS PARA LA RENOVACIÓN.**



FORMULARIO DSM IV PARA SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA DISCAPACIDAD

APELLIDO Y NOMBRE.....

DNI.....EDAD.....CREDENCIAL.....

Actividad laboral de los padres

DETALLE	NOMBRE Y APELLIDO	ACTIVIDAD	HORARIO/TURNO
PADRE			
MADRE			

Actividad de los hermanos

NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	ACTIVIDAD	HORARIO/TURNO

Diagnóstico CIE X

Deficiencia.....

Justificación Médica para Uso de transporte Especial

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



FIM (MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL)

Córdoba.....de.....de

Datos de Identificación

Obra Social O.S.P.E.V.I.C. (RNOS 1-2280-7)

Apellido y Nombre.....

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

Diagnostico.....

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

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

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

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

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



CONEXIÓN		
16	INTERACCION SOCIAL	
17	RESOLUCION DE PROBLEMAS	
18	MEMORIA	

Observaciones.....
.....

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

CONCLUSION: El beneficiario Requiere / No requiere dependencia

Firma y sello.....

PRESUPUESTO TRANSPORTE OSPEVIC

Fecha de Emisión: ____ / ____ / ____

Razón social del prestador: _____

CUIT: _____

Mail de contacto: _____ Teléfono: _____

Compañía de Seguros: _____ Póliza N°: _____

Beneficiario: _____ DNI: _____

Periodo: desde: _____ hasta: _____

Diagrama de traslado:

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

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

Viaje	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
1						
2						
3						

Total Km. Mensuales: _____

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

Valor del km: _____

Monto mensual _____

Firma y Aclaración del Transportista

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

Vigencia de Autorización DESDE HASTA



SOLICITUD DE TRASLADO

Córdoba,.....de.....de

Datos del beneficiario

Apellido y Nombre.....

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

Obra social.....Credencial.....

Diagnóstico Etiológico.....

Diagnostico Funcional.....

Solicito:

- Traslado ida y vuelta (**con dependencia** / **sin dependencia**)

Desde el domicilio del beneficiario

Hasta la Institución.....

Donde recibe el servicio de.....

Sita en.....

Periodo de prestación.....a.....de

Firma y sello del médico tratante.....

CARTILLA DISCAPACIDAD 2026 - OSPEVIC

REHABILITACIÓN y MODULO APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
CENTRO DE REHABILITACION MEDITERRANEO SRL	30-7191702-7	NICOLAS PILONI	DIEGO RASSETTO	24 DE SEPTIEMBRE 1536	CÓRDOBA	REHABILITACIÓN + SAIE	cereme.informes@gmail.com	0351-4863297
LECOUSER S.A	33-71702900-9	LESCOULIE CESAR OMAR	BUENANUEVA DANIEL WALTHER	ARTIGAS N° 318	CÓRDOBA	REHABILITACIÓN + SAIE	ADLECOUSER@GMAIL.COM	351154252342
CENTRO PRIVADO DE SALUD Y REHABILITACION INTEGRAL SAN CAMILO DE LELLIS SRL	30-70808798-6	VIVIANA MALDONADO-PALAU NATALIA, MONSERRAT CARLOS	REVOL ALEJANDRA	BARTOLOME DE LAS CASAS N°3685 JARDIN ESPINOSA	CÓRDOBA	REHABILITACIÓN + SAIE	sancamilodelellis@gmail.com	3514647297
CENTRO NEUROPSICOLOGICO INTERDISCIPLINARIO CENEIN	27-27959112-2	ALTINA BOGDANOWICZ VALERIA GISELA	DADONE MELISA BELEN	CLEVELAND 5372 B°SANTA ISABEL PRIMERA SECCION	CÓRDOBA	REHABILITACIÓN + SAIE	info@cenein.com	3514940437
CENTRO DE DIA								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
A.R.E.N.A	30-60966531-5	HECTOR JOUVE	HECTOR JOUVE	FELIX AGUILAR 1231	CÓRDOBA	CENTRO DE DIA	INFOARENAG@GMAIL.COM	0351-4219771
5 SENTIDOS	30-71086352-7	Clara Cecilia Navarro	VERONICA PRIETO	TRISTAN MALBRAN N° 3733	CÓRDOBA	CENTRO DE DIA	centro5sentidos@yahoo.com.ar	(0351) 4811648
CENTRO DE DIA "OCCUPARE"	30-71508679-0	ALBERA MARIELA ANDREA	BONETTO CARLOS FERNANDO	GENOVA 4145 B° LAS MAGNOLIAS	CÓRDOBA	CENTRO DE DIA	occupare@outlook.com	0351-4766407
CENTRO DE NEUROCIENCIAS DE INCLUSION Y REHABILITACIÓN -CENIR	30-71493178-0	DAVICO NICOLAS	ANDREOTTI DIEGO ENRIQUE	SAN MARTIN 1338	CÓRDOBA	CENTRO DE DIA	INFO@CENIR.COM.AR	3572457737
ESTIMULACION TEMPRANA								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
FUNDACION SAN BENITO	30-71181112-1	CAMILLETTI IVANA VALERIA	NADIA SACONE OCANA	NICANOR CARRANZA 3992 B° CERRO DE LAS ROSAS	CÓRDOBA	ESTIMULACION TEMPRANA	camilletti.ivana@gmail.com	0351-4813948
ASOCIACIÓN DE PADRES Y AMIGOS DE DISCAPACITADO MENTAL APADIM CORDOBA	30-51984588-8	FIGUEROA JUAN CARLOS	FIGUEROA JUAN CARLOS	VELEZ SARSFIELD 5000	CÓRDOBA	ESTIMULACION TEMPRANA	apadim@apadim.org.ar	(0351) 4942220
DISCAPACIDAD VISUAL								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
FUNDACION GAUDE	30-70858042-9	ANA MARIA HARASIM	LUIS ALBERTO GIRAUDO	AV. SANTA FE 882	CÓRDOBA	SAIE	gaude_cba@yahoo.com	0351-4732943
CET								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
FUNDACION FARFALINA	30-71659847-7	ELS MARIA VIRGINIA	ELS MARIA VIRGINIA	RODRIGUEZ PENA N°2523 B°ALTA CORDOBA	CÓRDOBA	CET	CENTRO@SOMOSFARFALINA.COM	3516754291
CENTRO EDUCATIVO TALITA KUM IDEAC	30-71122445-5	NANCY BEATRIZ SINISCALCO	NANCY BEATRIZ SINISCALCO	Bialet Masse N° 1735 B° Providencia	CÓRDOBA	CET	asociaciontalitakum@hotmail.com	(0351) 4726849
FUNDACION ESPACIOS	30-70813153-5	MONICA TORRES	VERONICA ANTUNES - ANDREOTTI DIEGO	MATEO BERES 465	CÓRDOBA	CET	fundacionespacios@hotmail.com	03547-4342476
ATRAPASUENOS	30-71048590-5	KRAMER SONIA MIRIAM	KRAMER SONIA MIRIAM	LAS QUINTAS 2430	CÓRDOBA	CET	soniakramer@yahoo.com.ar	0351-4961422
TRANSPORTE								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO	MAIL	TELEFONO
CORTES MONICA FABIANA (MFC)	27-23231145-8	CORTES MONICA	CORTES MONICA	MANUEL DE ESCALADA 3222	CÓRDOBA	TRANSPORTE	traslado_cortes@hotmail.com	3517579072
MOLISOR - SORIA ARIEL	20-23537201-1	SORIA LUIS ARIEL	SORIA LUIS ARIEL	GUILLERMO REYRNA 3185	CÓRDOBA	TRANSPORTE	JENJERE2013@HOTMAIL.COM	3516606191
COLICA FERNANDO	20-33809741-8	COLICA FERNANDO	COLICA FERNANDO	ROMA 247	CÓRDOBA	TRANSPORTE	fercolica_2@hotmail.com	155308750
CRESCO CARLOS	20-24368425-1	CRESCO CARLOS	CRESCO CARLOS	PRINGLES 139	CÓRDOBA	TRANSPORTE	mtransportecba@gmail.com	3515209919
DOMINGUEZ SILVIA BEATRIZ	27-17383602-9	DOMINGUEZ SILVIA	DOMINGUEZ SILVIA	GUARDIA NACIONAL 626	CÓRDOBA	TRANSPORTE	cibial0@hotmail.com	152301556
ALTA GRACIA								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
ARBOL CENTRO DE REHABILITACION E INTEGRACIÓN ESCOLAR	30-71625147-7	MOYANO LAURO	MOYANO LAURO	AVENIDA DEL LIBERTADOR 1794	ALTA GRACIA	SAIE	enjanube1794@gmail.com	03547-435195
FUNDACIÓN ESPACIOS	30-70813153-5	MONICA TORRES	VERONICA ANTUNES - ANDREOTTI DIEGO	MATEO BERES 465	ALTA GRACIA	CET - SAIE	fundacionespacios@hotmail.com	03547-4342476
LA CALERA								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
CENTRO MANOS UNIDAS	27-27357860-4	GIUSTO NADIA SOLEDAD	PIATTIMARIA EVANGELINA	IRIGOYEN 70	LA CALERA	SAIE	solgiusto@hotmail.com	03543-480467
TRANSPORTE. SOL		LEIVA CLAUDIA	LEIVA CLAUDIA	EVA PERON 130	LA CALERA	TRANSPORTE	transportespediasol@gmail.com	3612143050
RIO CUARTO								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
KAYNES S.A.	33-71556269-9	GHIGLIONE, Patricia Susana	CUELLO, Atencio Vicente Fabian	PAUL HARRIS 829	RIO CUARTO	CET - SAIE	kalen@hotmail.com.ar	0358-4750109
JESUS MARIA								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
QUANUSACATE SALUD S.A.	30-71706575-8	TIRAO EUGENIA CRISTINA	ALMADA BONFIGLI, DIEGO MAURICIO	NEMESIO CONZALES N° 82	JESÚS MARIA	REHABILITACIÓN	centrodesalud.aire@gmail.com	3525456659
RIO TERCERO								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
CENTRO LOGRARES	30-71582093-1	BERGAGNA MARIA BELEN	BERGAGNA MARIA BELEN	MAIPU SI VILLA ZOILA	RIO TERCERO	SAIE + REHABILITACIÓN	centrodesalud.aire@gmail.com	3525456659
TEALDI RUBEN RICARDO	23-17159497-9	TEALDI RUBEN RICARDO	TEALDI RUBEN RICARDO	RIO CUARTO 214	RIO TERCERO	TRANSPORTE	ventald@yahoo.com.ar	357115638154
SAN FRANCISCO								
RAZON SOCIAL	CUIT	REPRESENTANTE LEGAL	RESPONSABLE PRESTACION	DIRECCION	LOCALIDAD	SERVICIO ANDIS	MAIL	TELEFONO
FUNDACION AKHENATON	30-70769386-6	RUBILOLO OSVALDO	RUBILOLO OSVALDO	ANEHINGHO 377	SAN FRANCISCO	SAIE + REHABILITACIÓN	cdei.sfco@gmail.com	03564-438516
BATTISTI SERGIO	23-33748258-9	BATTISTI SERGIO	BATTISTI SERGIO	GUTIERREZ NORTE 3216	SAN FRANCISCO	TRANSPORTE	sergiobattisti88@gmail.com	03564-15650380