

ANEXO IV

Procedimiento para el contacto con Equipo Interdisciplinario: Vías de comunicación online, telefónica, vía plataformas digitales, etc.

Es una actividad ineludible de la OSLeRA la orientación, evaluación y auditoría de las prestaciones brindadas por profesionales e instituciones contratados por la Obra Social para asistir a nuestros afiliados. Para llevar adelante esta tarea se recurre a diferentes dispositivos que incluyen entrevistas y evaluaciones desde la Obra Social, sita en México 565 CABA, en el domicilio y/o en los espacios y establecimientos donde reciben las prestaciones con sus terapeutas, con una frecuencia que se determinará en cada caso con participación de su entorno, su familia y eventualmente de su médico tratante.

CONFORMACION DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE OSLeRA

EL equipo se encuentra conformado por los siguientes integrantes:

ANIBAL REINALDO

Médico Auditor

0341-5117446

luisanibalreinaldo@gmail.com

JULIO AREN

Abogado

ESTUDIO: 4383-7455 4383-6419

jaren@abogadosamap.com.ar

CAPURRO DIEGO GASTON

Lic. en Psicología

dgcapurro@hotmail.com

GURDULICH LILIANA

Secretaria de Acción Social

1162788765

Lilianagurdulich@clnoslera.com.ar

Otros referentes

JOBE MIGUEL

Secretario General

113484451501

miguel.jobe@clnoslera.com

ALMADA VILMA

Administrativa

4331-1090/2040 INT.111 / 120

prestaciones@clnoslera.com.ar

Además, de ser requerido participan médicos de diversas especialidades como inter-consultores de acuerdo a la patología específica que presenta el beneficiario, como así también la Licenciada en trabajo social según demanda.

ANEXO IV

Área metropolitana

Obra Social de Legisladores de la República Argentina Sector Prestaciones Medicas

México 565 (1096) PB
4331-1090/2040 INT.111 / 120
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Mail: prestaciones@clnoslera.com.ar
oslera@clnoslera.com.ar

Referentes: DR. ANIBAL REINALDO AUDITOR MEDICO

Lic. en Psicología CAPURRO DIEGO GASTON

Referentes Administrativas: VILMA ALMADA

Unión Personal -Accord Salud

Gerencia de Atención Personalizada

Sector de Necesidades Especiales.
Tucumán 949, (1049), 2º P. Contrafrente, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
Mail: necesidadesespeciales@unionpersonal.com.ar

GRAN BUENOS AIRES

Agencia Avellaneda

Monseñor Piaggio 36, Avellaneda, Buenos Aires

(011) 4222-6446 / 4222-6495

Mail: avellanedaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Lomas de Zamora

Acevedo 206, Lomas de Zamora, Buenos Aires

(011) 4292-5246

Mail: lomasup@unionpersonal.com.ar

Agencia Morón

República Oriental del Uruguay 363, Morón, Buenos Aires

(011) 4628-7341 / 9890

Mail: moronup@unionpersonal.com.ar

Agencia Pilar

Sarratea Ramírez 75, Pilar, Buenos Aires

(0230) 442-6040 / 442-1981

Mail: pilarup@unionpersonal.com

Agencia Quilmes

Almirante Brown 666, Quilmes, Buenos Aires

(011) 4224-8001 / 4224-8002

Mail: guilmesup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Martín

48 Moreno 3504, San Martín, Buenos Aires

(011) 4752-4321 / 4752-4311

Mail: sanmartinup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Miguel

Domingo Faustino Sarmiento 1037, San Miguel, Buenos Aires

(011) 4451-6005 / 4451-4068

Mail: sanmiguelup@unionpersonal.com.ar

Agencia Tigre

Sáenz Peña 1250, Tigre, Buenos Aires

(011) 5245-9857 / 5245-9801

Mail: tigreup@unionpersonal.com.ar

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Agencia Azul

Hipólito Yrigoyen 603, Azul, Buenos Aires

(02281) 434237 / 429427

Mail: azulup@unionpersonal.com.ar

Agencia Bahía Blanca

O Higgins 358, Bahía Blanca, Buenos Aires
(0291) 4536985 / 4532209

Mail: bahiaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Balcarce

Calle 22 Nº 664 , Balcarce, Buenos Aires
(02266) 431483 / 424528

Mail: balcarceup@unionpersonal.com.ar

Agencia Baradero

San Martín 1716, Baradero, Buenos Aires
(03329) 486189

Mail: baraderoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Campana

Belgrano 211 B , Campana, Buenos Aires
(03489) 468669 / 432433

Mail: campanau@unionpersonal.com.ar

Agencia Junín

(0236) 4422484 / 4443398
Mayor López 117, Junín, Buenos Aires

Mail: juninup@unionpersonal.com.ar

Agencia La Plata

Av. 7 Nº 362, La Plata, Buenos Aires
(0221) 4235363 / 4235350

Mail: laplataup@unionpersonal.com.ar

Agencia Luján

Humberto Primo 986, Luján, Buenos Aires
(02323) 430747 / 438591

Mail: lujanup@unionpersonal.com.ar

Agencia Mar del Plata

Moreno 2967, Mar del Plata, Buenos Aires

(0223) 4920210 / 4922447

Mail: mardelplataup@unionpersonal.com.ar

Agencia Necochea

CALLE 68 Nº 2912, Necochea, Buenos Aires

(02262) 434742 / 427858

Mail: necocheaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Pergamino

San Martín 662, Pergamino, Buenos Aires

(02477) 42-6549

Mail: pergaminoup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Nicolás de Los Arroyos

Belgrano 110, San Nicolás de Los Arroyos, Buenos Aires

(0336) 443-0558 / 445-4422

Mail: sannicolasup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Pedro

E. Arnaldo 80, San Pedro, Buenos Aires

(03329) 427320 / 428748

Mail: sanpedroup@unionpersonal.com.ar

Agencia Tandil

9 de Julio 244, Tandil, Buenos Aires

(02494) 44-1639 / 43-4268

Mail: tandilup@unionpersonal.com.ar

Agencia Zárate

19 de Marzo 533, Zárate, Buenos Aires

(03487) 426827 / 431389

Mail: zorateup@unionpersonal.com.ar

INTERIOR DEL PAÍS

CATAMARCA

Agencia Catamarca

Diego de Rojas 574, Catamarca, Catamarca

(03834) 443-2458

Mail: catamarcaup@unionpersonal.com.ar

CHACO

Agencia Resistencia

Brown 286, Resistencia, Chaco

(0362) 4443940 / 4425111

Mail: chacoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Saenz Peña

Superiora Palmira 342, Saenz Peña, Chaco

(0364) 4423291 / 4430899

Mail: chacoup@unionpersonal.com.ar

CHUBUT

Agencia Comodoro Rivadavia

Sarmiento 427, Comodoro Rivadavia, Chubut

(0297) 444-2901 / 447-4758

Mail: comodoroup@unionpersonal.com.ar

Agencia Esquel

RIVADAVIA 1168, Esquel, Chubut

02945- 454828 / 455899

Mail: esquelup@unionpersonal.com.ar

Agencia Puerto Madryn

Belgrano 332, Puerto Madryn, Chubut

(0280) 4450570 / 4454475

Mail: madrynump@unionpersonal.com.ar

Agencia Trelew

25 de Mayo 627, Trelew, Chubut
(0280) 442-1052 / 442-2008

Mail: trelewup@unionpersonal.com.ar

CORDOBA**Agencia Córdoba**

LA TABLADA 347, Córdoba, Córdoba
(0351) 422-3046 / 423-2584

Mail: cordobaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Oncativo

Las Heras 213, Oncativo, Córdoba
(03572) 46-1101

Mail: oncativoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Río Cuarto

25 de Mayo 620, Río Cuarto, Córdoba
(0358) 4639066 / 4626370

Mail: riocuartoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Río Tercero

General Paz 174, Río Tercero, Córdoba
(03571) 422518 / 431720

Mail: rioterceroup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Francisco

Independencia 1910, San Francisco, Córdoba
(03564) 42-2456

Mail: sanfranciscoup@uniopnpersonal.com.ar

Agencia Villa María

Santa Fe 627, Villa María, Córdoba
(0353) 461-0444
Mail: villamariaup@unionpersonal.com.ar

CORRIENTES

Agencia Corrientes

Av. 3 de Abril 346, Corrientes, Corrientes

(0379) 4429815 / 4422986

Mail: corrientesup@unionpersonal.com.ar

ENTRE RIOS

Agencia Concepción del Uruguay

14 de Julio 386, Concepción del Uruguay, Entre Ríos

(03442) 42-5565

Mail: concepcionup@unionpersonal.com.ar

Agencia Concordia

Juan Bautista Alberdi 39, Concordia, Entre Ríos

(0345) 421-8459/422-4788

Mail: concordiaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Paraná

Jaime Baucis 412, Paraná, Entre Ríos

(0343) 431-2427 / 5250

Mail: paranaup@unionpersonal.com.ar

FORMOSA

Agencia Formosa

Fotheringham 199, Formosa, Formosa

(03704) 43-2550 / 43-7380

Mail: formosaup@unionpersonal.com.ar

JUJUY

Agencia Jujuy

ALVEAR 582, Jujuy, Jujuy

(0388) 423-4400 / 424-4813

Mail: jujuyup@unionpersonal.com.ar

LA PAMPA

Agencia General Pico

Calle 17 Nro. 645, General Pico, La Pampa
(02302) 43-1443

Mail: gpicoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Santa Rosa

Gral. Pico 364, Santa Rosa, La Pampa
(02954) 42-8479

Mail: lapampaup@unionpersonal.com.ar

LA RIOJA

Agencia La Rioja

Urquiza 478, La Rioja, La Rioja
(03804) 43-6326

Mail: lariojaup@unionpersonal.com.ar

MENDOZA

Agencia Mendoza

Av. San Martin 799, Mendoza, Mendoza
(0261) 4233945 / 4255303

Mail: mendozaup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Rafael

25 de Mayo 27, San Rafael, Mendoza
(0260) 4436576

Mail: sanrafaelup@unionpersonal.com.ar

MISIONES

Agencia El Dorado

Cuyo 171, El Dorado, Misiones
(03751) 42-3322

Mail: eldoradoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Iguazú

Av. Misiones 288, Iguazú, Misiones

(03757) 420198/493727

Mail: iguazuup@unionpersonal.com.ar

Agencia Posadas

La Rioja 2285, Posadas, Misiones

(0376) 4429823 / 4432946

Mail: misionesup@unionpersonal.com.ar

NEUQUEN

Agencia Neuquén

Juan B. Justo 596, Neuquén, Neuquén

(0299) 4488070 / 4487622

Mail: neuquenup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Martín de los Andes

General Villegas 1061, San Martín de los Andes, Neuquén

(02972) 422977 / 411150

Mail: smandesup@uniopnpesonal.com.ar

RIO NEGRO

Agencia General Roca

Buenos Aires 1595, General Roca, Río Negro

(0298) 442-5604 / 8951

Mail: grocaup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Carlos de Bariloche

Gallardo 350, San Carlos de Bariloche, Río Negro

(0294) 4522176 / 4525666

Mail: barilocheup@unionpersonal.com.ar

Agencia Viedma

Buenos Aires 427, Viedma, Río Negro

S/T

Mail: viedmaup@unionpersonal.com.ar

SALTA

Agencia Salta

Balcarce 175, Salta, Salta

(0387) 4312259 / 4229199

Mail: saltaup@unionpersonal.com.ar

SAN JUAN

Agencia San Juan

Santa Fe Oeste 398, San Juan, San Juan

(0264) 422-9175-4274081

Mail: sanjuanup@unionpersonal.com

SAN LUIS

Agencia San Luis

Pringles 729, San Luis, San Luis

(0266) 442-4663 / 444-7672

Mail: sanluisup@unionpersonal.com.ar

Agencia Villa Mercedes

Pedernera 1042, Villa Mercedes, San Luis

(02657) 42-3614

Mail: vmercedesup@unionpersonal.com.ar

SANTA CRUZ

Agencia Caleta Olivia

9 de Julio 21, Caleta Olivia, Santa Cruz

(0297) 4853353

Mail: caletaup@unionpersonal.com.ar

Agencia El Calafate

9 de Julio 187, El Calafate, Santa Cruz

(02902) 489477

Mail: elcalafateup@unionpersonal.com.ar

Agencia Río Gallegos

Av. San Martín 477, Río Gallegos, Santa Cruz

(02966) 43-6555

Mail: riogallegosup@unionpersonal.com.ar

SANTA FE

Agencia Rosario

Paraguay 1198, Rosario, Santa Fe

(0341) 440-3210

Mail: rosarioup@unionpersonal.com.ar

Agencia Santa Fe

Mendoza 2853, Santa Fe, Santa Fe

(0342) 4559801 / 4539686

Mail: santafeup@unionpersonal.com.ar

SANTIAGO DEL ESTERO

Agencia Santiago del Estero

Av. Belgrano 760, Santiago del Estero, Santiago del Estero

(0385) 428-3488

Mail: santiagoup@unionpersonal.com.ar

TIERRA DEL FUEGO

Agencia Río Grande

Perito Moreno 1020, Río Grande, Tierra del Fuego

(02964) 42-4850

Mail: riograndeup@unionpersonal.com.ar

Agencia Ushuaia

Gobernador Paz 208, Ushuaia, Tierra del Fuego

(02901) 43-3349 / 42-2474

Mail: ushuaiaup@unionpersonal.com.ar

TUCUMAN

Agencia Tucumán

Santiago del Estero 799, Tucumán, Tucumán

(0381) 4307318 / 4310605

Mail: tucumanup@unionpersonal.com.ar

Centros de Atención al Afiliado Hominis

**Centro de Atención al
Socio 0810-999-1950**

<http://hominis.com.ar/>

• SEDE CENTRAL

Fco. Acuña de Figueroa
1239,Capital Federal
Tel.: 4860-1900

• MORON

Boatti 222, Morón
Tel.: 7078-1084

• CABALLITO

Honorio Pueyrredón
885Caballito

• VILLA DEL PARQUE

Campana
3307,Villa
del Parque
Tel.: 4502-2888 / 4503-3402

• VILLA CRESPO

Araoz
315, Villa
Crespo
Tel.: 5239-
3085

• LOMAS DE

ZAMORAFco.

Portela 225, Lomas
de Zamora
Tel.: 5263-8255 / 8273

• COLEGIALES

Avenida Álvarez Thomas
859,Colegiales
Tel.: 5263-5471

Sede Central VISITAR / GERENCIA REGIONAL AMBA
Calle Gral. San Martín
3244 Florida Oeste,
Buenos Aires Argentina
Teléfono: 0800-333-2005

RADIO DE 100 KM

Delegación LA PLATA
(Sucursal) Calle 44 N 827 -
Planta Baja (Local) La Plata
Buenos Aires
Argentina
Teléfono: (0221) 4273421
Fax: (0221) 4277661
Email: laplata@visitarinterior.com.ar

GERENCIA REGIONAL MERCEDES / Delegación MERCEDES (Sucursal)
Calle 16 Nº 864
Mercedes, Buenos
Aires. Argentina
Teléfono: (02324) 435000/420011 / 0800- 333 - 2005
Email: mercedes@visitarinterior.com.ar

GERENCIA REGIONAL SANTA FE / ENTRE RIOS / Delegación ROSARIO
(Sucursal)
Calle Mitre
1174 Rosario,
Santa Fe.
Argentina
Teléfono: (0341) 445 0099 / (0341) 527 2771 al 74
Email: rosario@visitarinterior.com.ar

Delegación PARANA (Sucursal)
Calle Gualeguaychú
712 Paraná, Entre
Ríos

Teléfono: (0343) 4219055
Email: parana@visitarinterior.com.ar

GERENCIA REGIONAL MAR DEL PLATA / Delegación MAR DEL PLATA
(Sucursal)
Calle España 2155 - 3er
Piso A Mar del Plata,
Buenos Aires Argentina
Teléfono: (0223) 4328789

Email: mdq2@visitarinterior.com.ar

Delegación SANTA FE (Sucursal)

Calle Hipólito Yrigoyen

3359 Santa Fe.

Argentina

Teléfono: (0342) 4566269

Email: santafe@visitarinterior.com.ar

ANEXO IV

Descripción del modo y periodicidad de la comunicación de toda modificación que signifique un cambio en la cartilla, ya sea en cuanto a su contenido u operatividad.

Contar con una cartilla médica actualizada y confiable es fundamental, porque:

- Es uno de los aspectos que más resaltan los beneficiarios como una necesidad principal, que les facilita la llegada rápida al profesional buscado.
- Conforma una herramienta de gran ayuda para el afiliado ya que le permite realizar una correcta búsqueda.
- La información actualizada asegura una comunicación eficiente, con el fin de acercarle a los beneficiarios el acceso a notificaciones de interés.

O.S.Le.R.A, cuenta con su Red Prestacional contrada, Accord Salud-Unión Personal, por lo informado, la actualización se realiza en forma continua verificando la operatividad de todos sus prestadores a fin de informar, Altas, Bajas, modificaciones y Actualizaciones.

Por ello, al ingresar a la página web de Accord Salud <https://www.accordsalud.com.ar/>, el afiliado podrá buscar noticias, artículos de interés, sólo con desplegar cada ítem de interés.

Emergencias

Turnos

Tramites

Estudios

Autorizaciones

Discapacidad

– **Consulta de Cartilla Online**, se verá reflejada la información acerca de todo lo relacionado a la atención medica asistencial a la cual acceden todos los beneficiarios.

Asimismo, OSLERA cuenta con su página Web, la cual se modifica en forma mensual subiendo las novedades de interés, boletines informativos,

comunicados, instructivos para discapacidad a fin de agilizarle al afiliado la documentación en forma ágil y simple.

OSLeRA: <https://www.clnoslera.com.ar/>

SISTEMAS: Guillermo Pablo Ondetti pragma@fibertel.com.ar

REFERENTE PAGINA WEB: Hugo Torres TQTNET info@tqt.net.com.ar



COBERTURA POR DISCAPACIDAD 2025

Instructivo para Beneficiarios/as

Recepción de los Trámites- Horario de atención: lunes a viernes de 9:00 a 17hs. (OSLERA)

Obra Social de Legisladores de la República Argentina

Sector Prestaciones Medicas

México 565 (1096) PB

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tel: 4331-1090/ 4331-2040

Mail: prestaciones@clnoslera.com.ar

oslera@clnoslera.com.ar

Interior del país

Consultar en la Delegación o Agencia correspondiente a su zona de residencia.

Consultar en OSLERA, vía telefónica o vía mail.

IMPORTANTE

En caso de que la solicitud corresponda a una continuidad de un tratamiento del año anterior **deberán presentar la documentación respaldatoria dentro del plazo de 40 días de iniciadas las prestaciones**. Caso contrario su vigencia quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario.

En caso de **inicio, ampliación, modificación** de tratamientos individuales y/o institucionales, **solo podrán comenzar los tratamientos prescriptos si tienen la autorización emitida por la Obra Social**, luego de haber presentado la documentación completa a los fines de la auditoria por parte del Equipo Interdisciplinario.

El comienzo de las prestaciones sin autorización previa resulta **responsabilidad del prestador/a y del afiliado/a titular** y no obliga a la Obra Social a cubrir las mismas.

Solo se autorizarán trámites con la documentación completa según el presente instructivo.

Se deberá presentar el esquema terapéutico completo para su evaluación por el Equipo Interdisciplinario. Caso contrario, el esquema prestacional autorizado será pasible de una reevaluación integral.

Toda la documentación requerida se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones de la normativa vigente de la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

La cobertura por discapacidad se otorgará a partir del año de vida.

Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud de la Nación.

En concordancia con lo sugerido por la Superintendencia de Servicios de Salud, **el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social tendrá la potestad, si correspondiera, de realizar evaluaciones de seguimiento sobre los tratamientos autorizados.**

REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE COBERTURA 2025

La **OSLERA** orientará en la presentación de la Documentación, la cual deberá ser enviada escaneada en formato PDF o JPG, por correo electrónico indicando DNI y nombre del beneficiario en el asunto. En caso de ser necesario podrá presentarlo de manera presencial en la sede de la misma, sita en México 565 CABA según domicilio del afiliado.

LA DOCUMENTACION PRESENTADA DEBE ESTAR COMPLETA PARA SER AUDITADA POR LA OBRA SOCIAL.

SU RECEPCION NO IMPLICA LA APROBACION DE LA PRESTACION SOLICITADA

La documentación para presentar **con carácter obligatorio** es la siguiente:

BENEFICIARIO/A

Certificado Único de Discapacidad vigente. (Imagen completa). Si el beneficiario renueva o actualiza el CUD deberá presentarlo dentro de los 30 días corridos de emitido, caso contrario quedará sujeto a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OS.

Constancia de alumno/a regular 2025 con CUE (Código Único de Establecimiento) que consta de 9 (nueve) dígitos. Deberá ser presentado dentro de los 30 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.

Afiliados/as estatales y por opción: último recibo de haberes.

Afiliados/as Monotributistas: comprobante de los últimos 6 pagos anteriores al inicio de la prestación. Asimismo, se recuerda que los pagos mensuales del monotributo tienen que estar al día tanto de el/la titular como del grupo familiar.

El/la titular de la Obra Social tendrá que completar el **Anexo 1 Instituciones / Profesionales** detallando la prestación o las prestaciones que está solicitando y por las que brinda su CONSENTIMIENTO / CONFORMIDAD. (Ver **Anexo 1 Instituciones / Profesionales**)

Declaración Jurada de Afiliaciones (Ver **Anexo 2**).

Cronograma de horarios semanal del beneficiario/a. Deberá ser completado y firmado por el/la afiliado/a titular donde detalle todos los tratamientos (institucionales y/o individuales) que realice, el mismo deberá encontrarse actualizado. (Ver **Anexo 3**)

MÉDICO/A

Resumen de Historia Clínica con diagnóstico, descripción del estado actual y evolución confeccionada por el/la médico/a tratante.

Prescripción médica confeccionada por el/la médico/a tratante solicitando la prestación, indicando que la misma corresponde al año 2025.

Debe contener la indicación precisa del tipo de tratamiento, ya sea individual o institucional, detallando cantidad de sesiones mensuales. En caso de tratamiento institucional, indicar el tipo de jornada (simple, doble, internación, etc.)

Las enmiendas, tachaduras o agregados deben estar salvadas con firma y sello de el/la médico/a.

Todas las indicaciones deben estar realizadas por el/la mismo/a médico/a tratante. (Médico/a responsable, de cabecera, de seguimiento), aclarando teléfono y correo electrónico de contacto.

PRESTADOR/A

Plan de abordaje individual donde figure el periodo de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

Presupuesto (Deberá especificar días y horarios de atención) (Ver **Anexo 5**).

Informe:

En el caso que la prestación sea **NUEVA** se deberá presentar **Informe de Evaluación Inicial** donde consten los instrumentos de valoración aplicados y resultados del proceso de evaluación.

En caso que la prestación sea **CONTINUIDAD**: se deberá presentar **Informe Evolutivo** del tratamiento brindado del año anterior, donde conste el periodo de abordaje, modalidad de prestación, descripción de las intervenciones realizadas con la persona con discapacidad y su núcleo de apoyo, resultados alcanzados.

Instituciones/ Profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitido por la Superintendencia de Servicios de Salud. Cuando el prestador renueva el RNP deberá presentarlo dentro de los 30 días corridos de emitido, caso contrario quedará sujeto a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OS.

Instituciones: Categorización definitiva del Servicio Nacional de Rehabilitación o de Junta correspondiente. Cuando el prestador renueva la categorización deberá presentarlo dentro de los 30 días corridos de emitido, caso contrario quedará sujeto a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la OS.

Título habilitante para los/las profesionales registrados/as por la SSSalud que no cuenten con RNP.

Constancia de CUIT de AFIP.

Apoyo a la integración escolar:

Se deberá presentar el acta acuerdo entre la institución o maestra/o de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el/la afiliado/a titular de la Obra Social. Además se tendrá que detallar, si corresponde, la adaptación curricular confeccionada por el Equipo/profesional que lleve a cabo la Integración. Deberá ser presentada dentro de los 30 días corridos a partir del inicio del periodo lectivo.

Módulo de apoyo a la integración: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.

Módulo de maestra/o de apoyo: Título habilitante y Certificado analítico de materias.

En caso de solicitar dependencia:

Prestaciones Institucionales:

- a. Se deberá incluir valoración de acuerdo al índice de independencia funcional (FIM) confeccionada por Lic. en Terapia Ocupacional de la institución (Ver **Anexo 7**).
- b. Informe del prestador especificando los apoyos que se brindan conforme al plan de abordaje individual.
- c.

DOCUMENTACION PARA LOS/AS PRESTADORES/AS DE PRESENTACION EXCLUSIVA EN LA PLATAFORMA DE FACTURACION

Informe semestral.

Planilla de asistencia mensual

Alta de Prestador/a

En caso de que el/la profesional/institución no posea número de prestador en Unión Personal deberá presentar:

Planilla de Alta de Prestadores. La misma debe ser completada de manera excluyente en forma digital, no se aceptarán formularios manuscritos. (Ver **Anexo 6**).

Constancia de Inscripción en AFIP.

Constancia de IIBB. En caso de ser contribuyente de Convenio deben enviar el último CM05 presentado (hoja determinación del coeficiente unificado)

Certificado de CBU Bancario: debe ser el certificado de CBU emitido por el banco o en su defecto el comprobante de Home Banking.

Constancia de exenciones impositivas.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Los centros categorizados serán autorizados como **módulo integral intensivo** o **simple** según corresponda.

Cuando sean solicitadas prestaciones de apoyo, aquellas que se realizan como complemento o refuerzo de una prestación principal, el Equipo Interdisciplinario evaluará y autorizará el esquema prestacional presentado de manera integral.

Cabe aclarar que el tiempo mínimo de duración de la sesión es de 45 minutos.

Podrán brindar la prestación de **Apoyo a la Integración Escolar**:

Instituciones categorizadas para la modalidad Apoyo a la Integración Escolar.

Podrán brindar la modalidad Maestro/a de Apoyo:

Psicopedagogos/as, Profesor/a en Educación Especial, Lic. en Ciencias de la Educación o Psicólogos/as.

El/la profesional que brinde esta modalidad no podrá brindar terapias ambulatorias en forma conjunta o complementaria.

APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR (EQUIPO O MAESTRO/A DE APOYO) SOLO SE CUBRIRÁ PARA LOS AFILIADOS/AS QUE CONCURRAN A ESCUELAS COMUNES.

En caso de solicitar **Estimulación Temprana** podrá ser brindada solo por:

Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditado para tal fin.

Los pedidos de **rehabilitación en agua** se contemplarán exclusivamente en los siguientes casos:

Kinesiología en agua, si el profesional que brinda la prestación es kinesiólogo.

Psicomotricidad en agua, si el profesional tratante es psicomotricista.

Rehabilitación o terapia en agua, si el tratamiento se lleva a cabo en instituciones categorizadas para dicho tratamiento o bajo la coordinación de un/a médico/a fisiatra. Los mismos deben ser solicitados por el/la médico/a tratante y los/as profesionales contar con Registro Nacional de Prestadores.

CAMBIOS DE PRESTADOR/A

En el caso que se realice un cambio de prestador/a de los tratamientos ya autorizados deberán presentar la siguiente documentación:

El/la Afiliado/a Titular deberá completar el **Anexo 9** detallando los motivos de dicho cambio, y los períodos trabajados por cada uno/a de las instituciones /profesionales, indicando nombre y apellido de los/as mismos/as. Los pedidos deben presentarse dentro de los 30 días de realizado el cambio de prestador/a. (**Ver anexo 9**)

Anexo 1 Instituciones / Profesionales de conformidad del nuevo prestador/a firmado por el/la afiliado/a titular. (**Ver Anexo 1 Instituciones / Profesionales**)

Plan de abordaje individual del nuevo prestador/a con evaluación de inicio de tratamiento donde figure el periodo de atención, modalidad de prestación, objetivos específicos de abordaje, estrategias a utilizar en la intervención contemplando los diferentes contextos.

Presupuesto del nuevo prestador/a (Deberá especificar días y horarios de atención) (**Ver Anexo 5**)

Instituciones/ Profesionales: Registro Nacional de Prestadores (RNP) vigente, emitido por la Superintendencia de Servicios de Salud.

En caso de que el/la profesional/ institución no posea número de prestador en Unión Personal deberá presentar:

Planilla de Alta de Prestadores. La misma debe ser completada de manera excluyente en forma digital, no se aceptarán formatos manuscritos. (**Ver Anexo 6**).

Constancia de Inscripción en AFIP.

Constancia de IIBB. En caso de ser contribuyente de Convenio deben enviar el último CM05 presentado (hoja determinación del coeficiente unificado)

Certificado de CBU Bancario: debe ser el certificado de CBU enviado por el banco o en su defecto el que se saca de Home Banking (no se recibirán escritos por el Proveedor/ Prestador en hoja en blanco)

Constancia de exenciones impositivas.

Si la prestación que se modifica corresponde a maestro/a de apoyo o apoyo a la integración escolar, también deberán presentar:

- Acta acuerdo entre la nueva institución o maestra/o de apoyo que realiza la integración, el establecimiento educativo y el afiliado titular de la Obra Social. Además se tendrá que detallar, si corresponde, la adaptación curricular confeccionada por el Equipo/profesional que lleve a cabo la Integración. Deberá ser presentadas dentro de los 30 días corridos a partir del cambio solicitado.
- Módulo de apoyo a la integración: Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores de la SSSalud.
- Módulo de maestra/o de apoyo: Título habilitante y Certificado analítico de materias.

Baja de Prestador/a: se tendrá que completar el **Anexo 4** informando los motivos de la baja e indicando desde cuando se hace efectiva. (**Ver Anexo 4**).

TRANSPORTE

El módulo de transporte comprende el traslado de personas con discapacidad desde su residencia hasta el lugar de atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias (clínicas, sociales o conductuales) de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo a lo previsto en la Ley 24.314, art 22 inc a y en el marco de lo establecido por la Resolución 428/99. La solicitud de transporte deberá estar debidamente fundamentada por el médico tratante y quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario de la Obra Social.

Asimismo, el beneficiario deberá acreditar no poseer vehículos con franquicia por discapacidad.

Tendrán que presentar la siguiente documentación, en todas las solicitudes:

Pedido médico con diagnóstico y justificación del pedido.

Planilla FIM (Medida de independencia funcional) que deberá ser completada por el/la médico/a tratante.

Anexo 1 Transporte completado por el/la afiliado/a titular dando conformidad a la prestación (Ver **Anexo 1 Transporte**).

Formulario de declaración jurada de no posesión de vehículos con franquicia por discapacidad (Ver **Anexo 8**).

Formulario de Traslados Especiales, indicando origen y destino del transporte, días y horarios de la prestación (detallando hora de ingreso y de egreso de los mismos, firmada por el/la afiliado/a titular. (Ver **Anexo 10**)

El transporte con dependencia solo podrá ser solicitada a partir de los 6 años de vida y quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario. (Ver **Anexo 7**)

Se informa que el domicilio del beneficiario deberá encontrarse actualizado en el padrón vigente de la Obra Social. Asimismo la coincidencia de días y horarios entre lo indicado por el/la profesional en el presupuesto y lo expresado en las planillas correspondientes es condición para su autorización.

El Equipo Interdisciplinario podrá solicitar documentación adicional en caso de considerarlo pertinente.

El servicio de transporte será cubierto con prestador propio de la Obra Social en móviles compartidos.

No presentar presupuesto de transporte.

En caso de solicitar transporte a escuela común, centros de rehabilitación, centros de día públicos, etc. se deberá adjuntar la Constancia de Alumno/a Regular con CUE o Constancia de Asistencia a dicha institución para acreditar la concurrencia.

La cobertura del transporte en forma total o parcial será decisión de la Obra Social a través de la evaluación del caso por parte del Equipo Interdisciplinario en Discapacidad.

Anexo 1 – INSTITUCIONES / PROFESIONALES

CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2025

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

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

Prestación: _____

Prestador/a _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación: _____

Prestador/a: _____

Período de la prestación: desde _____ hasta _____

Prestación/a: _____

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 detallada precedentemente.

Firma:

Aclaración:

Documento:

Anexo 1 – TRANSPORTE**CONFORMIDAD PRESTACIÓN AÑO 2025**

Fecha: / /

Apellido y nombre del beneficiario/a:

Número de Afiliado/a:

Correo electrónico:

Teléfono:

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

Prestación: Transporte _____

Prestador: Emergencias _____

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:

Anexo 2**Declaración Jurada de Afiliaciones**

Lugar/...../.....

Declaro bajo juramento que el/la beneficiario/a (nombre y apellido)

D.N.I. N°actualmente no se encuentra afiliado/a a otro Agente del Seguro de Salud.

Asimismo asumo el compromiso de comunicar a vuestra obra social todo cambio en la situación afiliatoria del beneficiario/a dentro de las 72hs. de producida la misma. La falta de cumplimiento de esta obligación importará el derecho de Unión Personal de disponer la baja inmediata de la afiliación del beneficiario/a; y/o requerir el reembolso de todos los gastos efectuados por la Obra Social por la atención del mismo.

Firma del afiliado/a titular:

Nombre y apellido:

Documento N°:

Anexo 3

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES SEMANAL

Nombre y apellido del beneficiario/a:

Se solicita que complete el siguiente cronograma para garantizar el desarrollo de las prestaciones. En la columna Horario deben indicar la franja horario en que la que el/la beneficiario/a recibe la prestación, detallando hora de inicio y fin. Los días y horarios deben coincidir por lo presupuestado por los/las profesionales.

En la columna Días colocar el día en que recibe la prestación indicando el nombre de la misma.

Señale lo que corresponda:

Escolarizado/a (en caso afirmativo deberá presentar Certificado de Alumno Regular): SI NO

Nombre del establecimiento Educativo, Grado y Turno:

Horario		Dias					
Inicio	Fin	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
08:....:						
.....:						
.....:						
.....:						
.....:						
.....:						
.....:						
.....:						
.....:						
20:....:						

Firma del afiliado/a titular

Anexo 4

Declaración de baja prestación

Buenos Aires..... Dede 20.....

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, la baja de la prestación
de..... que recibe el afiliado/a.....

Declaro que el prestador/a dejó de brindar la prestación en la fecha
...../...../.....

Motivo de la baja:

Firma del afiliado titular:

Aclaración:

DNI:

Anexo 5

Fecha de emisión:

PRESUPUESTO 2025

Nombre y Apellido del Beneficiario/a:

Nº de Afiliado/a:

Prestación a realizar:

Periodo de atención:

Cantidad de sesiones mensuales:

Valor sesión:

Observaciones:

Cronograma de asistencia

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

Prestador/a

Nombre y apellido:

Domicilio de atención:

Teléfono:

Correo electrónico:

CUIT:

Número de prestador/a de la Obra Social:

(En caso de no poseerlo completar Anexo 6)

Firma y Sello



REGISTRO DE PROFESIONALES E INSTITUCIONES MÉDICAS

PROVEEDOR N°:			FECHA SOLICITUD:		
<input type="checkbox"/> PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> INSTITUCION	<input type="checkbox"/> ALTA	<input type="checkbox"/> MODIFICACION	<input type="checkbox"/> BAJA	<input type="checkbox"/>
NOMBRE / RAZÓN SOCIAL					
CUIT N°				COD. POSTAL	
DOMICILIO					
EMAIL					
CELULAR		TELÉFONO			
ESPECIALIDAD				MODALIDAD	
DATOS BANCARIOS:					
TITULAR DE LA CUENTA:					
BANCO:					
TIPO CUENTA (CC/CA)				NRO CUENTA:	
CBU:					
DATOS IMPOSITIVOS:					
CONDICIÓN IVA:				GANANCIAS:	
INGRESOS BRUTOS:				MONOTRIBUTO:	

LA PRESENTE REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA. LA MISMA PODRÁ SER REMITIDA VIA MAIL ESCANEADA CON LA CORRESPONDIENTE FIRMA. **PROFESIONALES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR:** TÍTULO DE MEDICO Y ESPECIALISTA. CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN AFIP E INGRESOS BRUTOS, CONSTANCIA BANCARIA DEL CBU, N° DE PRESTADOR ANTE LA SSS, SEGURO DE MALA PRAXIS, HABILITACIÓN CONSULTORIO O INSTITUCIÓN. **INSTITUCIONES DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR:** CONSTANCIA DE INSCRIPCION EN AFIP E INGRESOS BRUTOS, CONSTANCIA BANCARIA DEL CBU, N° DE PRESTADOR ANTE LA SSS, HABILITACIÓN DE LA INSTITUCIÓN, COPIA DE ESTATUTOS SOCIALES CON LA CONSTANCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO PÚBLICO, ACTA DE ASAMBLEA Y DIRECTORIO CON DESIGNACIÓN DE AUTORIDADES Y CARGOS, COPIA PARA PODERES GENERALES DE ADMINISTRACIÓN DEL FIRMANTE.

CUALQUIER CAMBIO DEBERÁ SER NOTIFICADO A LA GERENCIA MEDICA A FIN DE MANTENER ACTUALIZADO EL LEGAJO. COMPLETAR DIGITALMENTE LA PRESENTE PLANILLA.

FIRMA PROVEEDOR

ACLARACIÓN

PARA USO INTERNO DE OSLE.R.A		AGRUPACIÓN:	
SOLICITANTE DE LA PRESENTE			
NOMBRE Y APELLIDO		SECTOR /	GERENCIA:
MOTIVO DE LA SOLICITUD:			

PLANES:



PLAN PLATINO PLAN DORADO PLAN H3.0

PLAN 210 PLAN 310

PLAN BÁSICO GLOBAL

CONSULTORIO O LUGAR DE ATENCIÓN 1

Domicilio			Nº	Piso	Dpto.
Código Postal:	Localidad			Provincia	
Teléfonos					
Días y horarios de atención:					

CONSULTORIO O LUGAR DE ATENCIÓN 2

Domicilio			Nº	Piso	Dpto.
Código Postal:	Localidad			Provincia	
Teléfonos					
Días y horarios de atención:					

PARA USO INTERNO DE TESORERÍA:

FECHA DE CARGA EN EL SISTEMA					
OPERADOR DE CARGA:					

Anexo 7**Medida de Independencia Funcional**

Nombre:..... Edad:..... DNI:.....
 N° de Beneficiario/a: Institución:.....

Medida de Independencia Funcional (FIM)	
Actividad	
Autocuidado	Puntaje
1 Comida (implica uso de utensilios, masticar, tragiar)	
3 Aseo (implica lavarse la cara y manos, peinarse, lavarse los dientes)	
4 Vestirse parte superior (implica vestirse de la cintura hacia arriba, asi como colocar ortesis o protesis)	
5 Vestirse parte inferior (implica vestirse de la cintura hacia abajo, ponerse los zapatos, colocarse ortesis o protesis)	
6 Uso del baño (implica mantener la higiene perineal y ajustar sus ropas antes y despues del uso del baño)	
Control de esfínteres	
7 Controlar intestino (implica el control completo e intencional de la evacuación instestinal y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación)	
8 Controlar vejiga (implica control completo e intencional de la evacuación vesical y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación como sondas)	
Modalidad	
Transferencia	
9 Transferencia de pie o de una silla de ruedas a silla y/o cama (implica pasarse desde la silla de ruedas hasta una silla, cama y volver a la posicion inicial, si camina lo debe hacer de pie)	
10 Transferencia de toilet (implica sentarse y salir del inodoro)	
11 Transferencia a la ducha o bañadera (implica entrar y salir de la bañadera o ducha)	
Locomoción	
12 Marcha/ silla de ruedas (implica caminar sobre una superficie llana una vez que esta en pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar)	
13 Escaleras (implica subir y bajar escalones)	
Comunicacion	
14 Comprensión (implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual)	
15 Expresión (implica la expresión clara del lenguaje verbal o no verbal)	
Conexión	
16 Interacción social (implica habilidades relacionadas con hacerse entender y participar con otros en situaciones sociales)	
17 Resolución de problemas (implica resolver problemas cotidianos)	
18 Memoria (implica la habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares)	
Puntaje FIM TOTAL	

Puntaje:

Independiente

7 Independiente Total

6 Independiente con adaptaciones

Dependiente

5 Solo requiere supervisión (no toca al sujeto)

4 Solo requiere mínima asistencia (sujeto aporta 75% o mas)

3 Requiere asistencia moderada (sujeto aporta 50% o mas)

2 Requiere asistencia máxima (sujeto aporta 25% o mas)

1 Requiere asistencia total (sujeto aporta menos 25)

Firma de el/la Médico/a o Lic. en TO:.....

Fecha:.....

Anexo 8

Sres. OSLERA

Auditoria Discapacidad

Presente

Por medio de la presente informo (bajo declaración jurada) que no poseo vehículo registrado a mi nombre obtenido con la franquicia que se otorga a personas con discapacidad

Firma del afiliado/a titular:

Aclaración:

DNI:

Anexo 9

Declaración de cambio de prestador/a

Buenos Aires..... De de 20.....

Por medio de la presente informo en carácter de Afiliado/a titular, el cambio de prestador para el tratamiento de..... que recibe el afiliado/a.....

Declaro que el prestador/a dejó de brindar la prestación en la fecha
...../...../.....

En su reemplazo se desempeñará el prestador/a a partir de la fecha
...../...../.....

Motivo del cambio:

Firma del afiliado/a titular:

Aclaración:

DNI:



Traslados

APELLIDO Y NOMBRE DEL BENEFICIARIO/A	<input type="text"/>					
NÚMERO DE AFILIADO/A	<input type="text"/>	FECHA DE NACIMIENTO	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Edad	<input type="text"/>	
NOMBRE Y APELLIDO DEL TITULAR <input type="text"/>						
TELÉFONOS	CASA	<input type="text"/>	CELULAR	<input type="text"/>	TRABAJO	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO <input type="text"/>						

INSTITUTO

NOMBRE	<input type="text"/>					
DOMICILIO DE ORIGEN	<input type="text"/>	LOCALIDAD <input type="text"/>				
TELÉFONO	<input type="text"/>	CORREO <input type="text"/>				
DOMICILIO DE DESTINO	<input type="text"/>					
LOCALIDAD	<input type="text"/>					
Días (marcar con una x)	LUNES <input type="checkbox"/>	MARTES <input type="checkbox"/>	MIERCOLES <input type="checkbox"/>	JUEVES <input type="checkbox"/>	VIERNES <input type="checkbox"/>	SABADO <input type="checkbox"/>
Horario de INGRESO *	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :
Horario de EGRESO *	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :
* Horarios oficiales de la Institución						
SILLA DE RUEDAS	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	FIJA <input type="checkbox"/>	PLEGABLE <input type="checkbox"/>		
DEPENDENCIA	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>				

TRATAMIENTO

NOMBRE	<input type="text"/>					
DOMICILIO DE ORIGEN	<input type="text"/>	LOCALIDAD <input type="text"/>				
DOMICILIO DE DESTINO	<input type="text"/>	LOCALIDAD <input type="text"/>				
TELÉFONO	<input type="text"/>	CORREO <input type="text"/>				
Días (marcar con una x)	LUNES <input type="checkbox"/>	MARTES <input type="checkbox"/>	MIERCOLES <input type="checkbox"/>	JUEVES <input type="checkbox"/>	VIERNES <input type="checkbox"/>	SABADO <input type="checkbox"/>
Horario de INGRESO *	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :
Horario de EGRESO *	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :	<input type="text"/> :
* Horarios oficiales de la Institución						
Observaciones	<input type="text"/>					
Para completar por Obra Social	<input type="text"/>					

FECHA DE CONFECCION

ANEXO IV

LISTADO DE PRESTADORES

En caso de no figurar prestadores en su zona la prestación será brindada por el prestador designado por el afiliado titular y evaluado por auditoría médica acorde a reglamentación.

1 SERVICIO DE REHABILITACIÓN –CABA

RAZÓN SOCIAL: REDAT S.R.L.

Pringles 722 PB - unidad funcional 1 CABA

30-71282420-0

(011) 48621593

info@redat.com.ar

Lunes a viernes: 09:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: EIPAN S.R.L.

Mansilla 3074 CABA

30-71200824-1 (011)

49615441

eipanequipo@yahoo.com.ar

Lunes a viernes: 10:00 a 16:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CETREBA de CETRED S.A.

Avda. Avellaneda 1235 CABA

30-67628337-0

(011) 39840070

info@cetreba.com

Lunes a viernes: 10:00 a 16:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CERMI SALUD S.A.

Avda. Rivadavia 4684 CABA

30-70997309-2

(011) 4901-9081

Mail No informa

Lunes a viernes: 9:00 a 16:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CENTRO INTEGRAL DE ABORDAJE NEUMOTOR DE BUENOS AIRES S.R.L. Méndez de Andes 725 CABA

30- 71638288-

1152293760

ciandeba.cet@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 17:00hs

RAZÓN SOCIAL: CENTRO DE DIA LA CASABELLA SRL

MORETO 732 CABA

30-70987349-7

Tel y mail: no informa

Lunes a viernes: 09:00 a 17:00hs.

1.1 SERVICIO DE REHABILITACIÓN AMBULATORIA -CABA

RAZÓN SOCIAL: SER (Servicios Especializados en Rehabilitación)

Caracas 2619 CABA

27-13431605-0

(011) 4582-4041

No informa

Lunes a viernes: 9:00 a 19:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ABRIENDO CAMINOS S.R.L.

Bacacay 3122 CABA

33-68282572-9 (011) 4611-4214

mneumann@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

SERVICIO DE HOSPITAL DE DIA

PRESTACION BRINDADA POR PRESTADOR DESIGNADO POR EL AFILIADO Y EVALAUADO POR AUDITORIA MEDICA ACORDE A REGLAMENTACION.

SERVICIO DE ESTIMULACION TEMPRANA

RAZÓN SOCIAL: ANDALICAN

Roseti 297 PB CABA

27-21441731-1

4554-6599

info@andalican.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: APEBI Asoc. para Espina Bífida e Hidrocefalia

Fragata presidente Sarmiento 829/31 CABA

30-65767191-2 (011)

4432-9315

apebi@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: Asociación en Defensa del Infante Neurológico - A.

Teodoro García 2948 CABA

30-51938257-8

(011) 4551-4551

Mail No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: C.A.I.T.I. Ctro. Arg. Integral de Trat. Individual

Combatientes de Malvinas 3223 CABA

30-70819647-5

011) 4523-3005 / 4522-6965

caiti@sinectis.com.ar

Lunes a viernes: 8:30 a 16:30

RAZÓN SOCIAL: C.E.T.Re. S.R.L.

Caracas 852 CABA

30-70860448-4

4631-1404

cetre@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CEDTI 33-71174369-9

Pte. Fragata Sarmiento 1857 CABA

30-51934757-8

45849047

Mail: No informa

Lunes a viernes: 14:00 a 20: 00hs.

RAZÓN SOCIAL: CENTRO C.A.R.I. S.R.L

Hipólito Irigoyen 4081 CABA

30-71025577-2

(011) 4981-8259

Mail: No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CENTRO CLAUDINA THAVENET de FUNDACION CLAUDINA THEVENET

Uruguay 1237 CABA

30-68729862-0

011) 4815-2153

thevenet@ba.net

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CIREN Centro Integral de Rehab.y Educ.Neurológica

Nuñez 2751 CABA

30-70793608-4 (011)4701-

4099

instituto_ciren@hotmail.com

Lunes a viernes: 14:00 a 20: 00hs.

RAZÓN SOCIAL: CTRO.DE RECUP.ADAPTACION Y RECREACION "CREAR" SRL

Juramento 4751 CABA

30-64024169-8 (011)

4522-6666

instcrear@hotmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: EQUIPO INTERDISCIPLINARIO ESPACIO

VENEZUELA 3981 CABA

30-71086688-7

S/T

Mail: No Informa

RAZÓN SOCIAL: Inst. Atenea S.H. de Bernardi Daniel, Carrino Beat

Gorriti 4065 CABA

30-71021497-9 (011) 4862-9031

institutoatenea@hotmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO ORAL MODELO S.A.

Pte. Juan D. Perón 2239 CABA

30-53502423-1

(011) 4951-3300

info@iom.edu.ar

Lunes a viernes: 9:30 a 18:30hs.

RAZÓN SOCIAL: NEXO DE MARIA ELENA BERTOLINI

Mendoza 2695 CABA

27-16677620-7

(011) 47871883

No informa

Lunes a viernes: 10:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: PROYECTO LAYLA S.R.L

Uriarte 2256 CABA

30-70962812-3

(011) 4773-9908

No informa

Lunes a viernes: 8:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: S.E.A. SERVICIOS EDUCATIVOS ASISTENCIALES S.R.L.

Somellera 5922 CABA

33-71031230-9

(0119 4638-5859

No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: SER (Servicios Especializados en Rehabilitación)

Caracas 2619 CABA

27-13431605-0

(011) 4582-4041

No informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

SERVICIO DE CENTRO DE DIA

RAZÓN SOCIAL: ACRECENCIA SRL

Gavilán 1263 CABA

30-71028063-7 (011)

4585-7233

adunapsi@fibertel.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: APEBI Asoc. para Espina Bífida e Hidrocefalia

Fragata presidente Sarmiento 829/31 CABA

30-65767191-2 (011)

4432-9315

apebi@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACION JUVENIL ARAUCANA

Av. Francisco Fernandez de la Cruz 2875 CABA

30-58661886-1

(011) 4918-3271/9337

Mail. No Informa

Lunes a viernes: 9:30 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACIÓN CIVIL CRECIENDO JUNTOS PARA LA ATENCIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Avda. de los Constituyentes 5387 CABA

33-71651723-9

1157259021

silvanaaguirre@htmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACIÓN DE AYUDA AL CIEGO "A.S.A.C."

Venezuela 584 CABA

33-55235170-9

3535-0659/4982-1367

direccion@asac.org.ar

RAZÓN SOCIAL: C.C.R.A.I. (Ctro. de Cap. y Rec. de Ap. para la Inc

Maure 2108 CABA

30-70862596-1

(011) 4776-5443

crede@copetel.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: C.P.C. Centro de Parálisis Cerebral

Av. Díaz Vélez 3449 CABA

30-65670460-4

(011) 4861-9981 / 4864-4514

info@cpc.org.ar

Lunes a viernes: 10:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CAMPO ALTO de SERVIAM S.R.L.

Gorostiaga 1746 CABA

30-64665847-7

(011) 4771-4458

institutocampoalto@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CAPACIDADES DIFERENTES S.R.L.

Av. La Plata 1833 CABA

30-70896106-6

(011) 4926-1464

capdif@yahoo.com.ar

Lunes a viernes: 8:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: Centro de Dia "MAMUSHKA" de Palanoheri S.A.

CALDAS 1355/1357 CABA

30-70915156-4

11-4522-1957

cd-mamushka@hotmail.com

RAZÓN SOCIAL: Centro de día "LOGROS" MARAVILLAS DE JESÚS.

Iberá 2786 - P.B. CABA

27-23470451-1 (011) 4544-5195

centrodedialogros@hotmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CENTRO DE DÍA MANO CON MANO de DIEGO MARTÍN GLASBAUER

Gervasio Espinosa 2536 CABA

20-21613057-0

45811489

administracion@manoconmano.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CENTRO INTEGRAL DE MOTRICIDAD, AUTOVALIMENTO S.R.L.

Blanco Escalada 1640 CABA

30-71410579-1

4785-7796

marcelafernandez58@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: Centro Psico asistencial ESPACIOS S.R.L.

Av. Juan B. Alberdi 1366 CABA

30-62586359-3

(011) 4988-9127 / 9137

centro_espacios@ciudad.com.ar

no informa

RAZÓN SOCIAL: CETEI S.A.

Rawson 88 CABA

33-70723649-9

011) 4983-7272 / 3022

cetei@uol.com.ar

Lunes a viernes: 8:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CETEI S.A.

Rawson 88 CABA

30-70723649-9

011-49837272

centrodedia@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CLUB DE LOS SUEÑOS de GAMBARU S.A.

Lavalle 3119/21/23 CABA

30-71475325-4

48642032

administracion@centrodediaclub.com.ar

Lunes a viernes: 10:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CONFLUIR S.A.

Sarandi 1365 CABA

30-71542376-2

43047161

marcelopiscitelli@hotmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CONVIVIR S.H.

Aranguren 2857 CABA

30-68333997-7

4612-7288

aribar@fibertel.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: CPI de FUNDACIÓN CENTRO DE PSICOTERAPIAS INTEGRADAS

Bruno Mariano de Zabala 3444 CABA

30-70747751-9

(011) 4551-4782

Mail: NO INFORMA

RAZÓN SOCIAL: DESPERTAR

Caldas 1355/57 CABA

20-15262043-9

(011) 4552-1957 / 4555-4755

Mail: No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: EL HILO de ARIADNA Ctro. Asistencial

México 2962 CABA

30-70857295-7 (011) 4931-3237

elhilodeariadna@yahoo.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ESPACIO FELÍZ S.A.

Franklin D. Roosevelt 5742 CABA

30-70892667-8 (011) 4572-

4898

espaciofeliz@yahoo.com.ar

RAZÓN SOCIAL: Fcion. Argentina de Afasiología "CHARLOTTE SCHWAR

Colombres 229 CABA

30-63961939-3 (011) 4957-

1120

fundafasia@intramed.net.ar

RAZÓN SOCIAL: FUNDACION PASO A PASO

Ramon Freire 881 CABA

30-70831504-0

4555-0427

fundacionpasoapaso@uolsinectis.com.ar

Lunes a viernes: 8:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: FUNDACION SOLAR DE INTEGRACION POR LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS CON DISCAP

Homero 147 CABA

30-71186785-2

011-46831529

info@solardeintegracion.org.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN CAMINOS

Teodoro García 3545 CABA

30-69054624-4 (011) 4551-2141

cuentoymovimiento@fibertel.com.ar

RAZÓN SOCIAL: FUNDAIPA

14 de Julio 137/41 CABA

30-68713757-0

(011) 4551-9310

Mail: No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: Grupo Vagues SRL

Bolivia 4746 CABA

33-71239365-9

4574-2471

grupovagues@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: HOGAR HSER

Caracas 3818/20 CABA

27-10196807-9

(011) 45718510 / 154-164-7141

Mail: No Informa

Lunes a viernes: 8:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: I.R.T.E. Instituto Recreativo Terapéutico Especial

Bogotá 2847 CABA

30-64231349-1

(011) 46113503 / 46376594

irte.srl@janssen.com.ar

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO DE LA FLOR DE EDUCACION ESPECIAL S.R.L.

Magariños Cervantes 3235/3237 CABA

30-67612154-0

114870-0868

gatteim@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO LUZ DE LUNA S.R.L.

Avda. Avellaneda 2279/2281 CABA

30-70989434-6

4631-3191

institutoluzdeluna@gmail.com

Lunes a viernes: 10:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO RAÍCES S.R.L.

J. F. Aranguren 4512/4518 CABA

30-67608748-2

46717930

Mail: No informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: ITEDIS INSTITUTO TERAPÉUTICO EDUCATIVO DE
INTEGRACION SOCIAL.S.R.L.

Balbastro 2253/55 CABA

30-71102982-2

4633-2721

itedis@live.com.ar

RAZÓN SOCIAL: KARITES - PROFESIONALES DE LA SALUD - ATENCION CON
FORMACION –

MEDINA 1749/1751 CABA

30-70900342-5

1541712233

info@karites.org.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: KAUSAS S.R.L.

Juan Domingo Perón 4043-45 CABA

30-66170457-4

4861-2971

Mail: No informa

Lunes a viernes: 8:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: LUMOS S.R.L.

Tejedor 470 CABA

30-71414222-0 (011) 4921-

8066

centrodedialumos@gmail.com

RAZÓN SOCIAL: MANANTIAL Jardín Terapéutico S.R.L.

Ambrogetti CABA

30-69482599-7

(011) 4552-0305

Mail: No informa

Lunes a viernes: 10:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: PRESTACIONES SANTA MARTA S.A.

JOSÉ ENRIQUE RODÓ 5661 CABA

30-71415592-6

4682-3004/05/09

prestacionessnatamarta@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: RENACER DEL ÁRBOL DE LA VIDA

Gregorio 9 de Laferrere 3050 CABA

30-71130272-3

4611-8162

elarboldelavida.ong@gmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: TALLERES ESPECIALES OCUPACIONALES

Larraza 943 CABA

30-70992742-2

46350421

Mail: No informa

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: UNIRSALUD S.R.L.

Biarritz 1926 CABA

30-71555622-3

011-45819738

grupounirsalud@gmail.com

Lunes a viernes: 8:00 a 16:00hs.

RAZÓN SOCIAL: VENID

Av. Boyacá 483 CABA

30-63992362-9 (011) 4631-1517

venid@discapacidad.org.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

RAZÓN SOCIAL: WEMTEMIL RAYO LUCIENTE –

2 de Abril 3165 CABA

30-70912695-0 (011)

4503-1504

wentemil@yahoo.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 18:00hs.

CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO

RAZÓN SOCIAL: ABRIENDO CAMINOS S.R.L.

Bacacay 3122 CABA

33-68282572-9 (011) 4611-

4214

mneumann@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: APREDIS S.R.L.

Avda. Sn Martín 3175 CABA

30-71613676-7

1151329470

info@apredis.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACIÓN CIVIL FRANCO UZ

Andagalá 2269 CABA

30-71431068-9

01144032444

asociacionfrancouz@gmail.com

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: C.A.I.T.I. Ctro. Arg. Integral de Trat. Individual

Combatientes de Malvinas 3223 CABA

30-70819647-5

(011) 4523-3005 / 4522-6965

caiti@sinectis.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: C.E.T. PLIEGUES

Jaramillo 2839 CABA

30-70790205-8 (011)

4701-4627

plieguez_ac@hotmail.com

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: C.E.T.Re. S.R.L.

Caracas 852 CABA

30-70860448-4

4631-1404

administracion@centrocetre.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: CENTRO INTEGRAL DE ABORDAJE NEUMOTOR DE BUENOS AIRES S.R.L.

Mendez de Andes 725 CABA

30-71638288-1

1152293760

ciandeba.cet@gmail.com

Lunes a viernes: 9 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: Centro Psicoasistencial ESPACIOS S.R.L.

Av. Juan B. Alberdi 1366 CABA

30-62586359-3

(011) 4988-9127 / 9137

centro_espacios@ciudad.com.ar

Lunes a viernes: 8 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: CET CURAPALIGUE S.A.

Curapaligue 726 CABA

33-71520758-9

21039598/21046838

curapaliguecet@gmail.com

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: CIREN Centro Integral de Rehab.y Educ.Neurológica

Nuñez 2751 CABA

30-70793608-4

4701-4099

instituto_ciren@hotmail.com

Lunes a viernes: 9 A 18HS

RAZÓN SOCIAL: CRECIENDO JUNTOS S.A. Centro Educativo Terapéutico

Rincón 983 CABA

33-70756344-9

(011) 4942-8901/7473

creciendojuntos@fibertel.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 18HS

RAZÓN SOCIAL: FUNDACION IPNA

Aranguren 1551 CABA

(011)4431-3572

30-64196398-0

info@fundacionipna.org.ar

RAZÓN SOCIAL: FUNDACIÓN JUANCHO REALE

Gurruchaga 1178 CABA

30-68849397-4 (011) 4770-9556

fundacionjuanchoreale@fibertel.com.ar

Lunes a viernes: 8 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: Inst. Atenea S.H. de Bernardi Daniel, Carrino Beat

Gorriti 4065 CABA

30-71021497-9 (011) 4862-

9031

institutoatenea@hotmail.com

Lunes a viernes: 10 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: LAZOS (Fupa) C.E.T.

Alte. F.J. Segui 2272 CABA

30-66159285-7 (011)

4585-2159

fupa@promilad.org.ar

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: MATICES CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO S.A.

Belgrano 5156 CABA

30-71156790-5

47165282 / 45714489

maticescet@yahoo.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 17HS

RAZÓN SOCIAL: MI CASABLANCA - Centro Educativo Terapéutico

Gallardo 566 CABA

30-69669899-2

(011) 4641-1286/5438

micasablanca566@aol.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: SEMBRAR S.R.L.

Pasaje Masón 4425 CABA

30-70867701-5 (011) 4772-

2610

gisellarebollo@hotmail.com

Lunes a viernes: 9 A 17HS

FORMACION LABORAL

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACIÓN DE AYUDA AL CIEGO "A.S.A.C."

Venezuela 584 CABA

33-55235170-9

4982-1367

direccion@asac.org.ar

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: CTRO.DE RECUP.ADAPTACION Y RECREACION "CREAR" SRL

Juramento 4751 CABA

30-64024169-8

4522-6666

instcrear@hotmail.com

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: GRUPO CAMINANTES de PAZOOS S.R.L.

Bathurst 3323 CABA

30-67952869-2

52582310

administracion@@grupocaminantes.com.ar

Lunes a viernes: 9 A 16HS

RAZÓN SOCIAL: Hamakon Sheli - Mi Lugar A.C.

Tucumán 3074/86 CABA

30-68338763-7 (011) 4966-2226

direccion@hamakomsheli.com.ar

Lunes a viernes: 8:00 a 16:30hs.

RAZÓN SOCIAL: I.R.T.E. Instituto Recreativo Terapéutico Especial

Bogota 2847 CABA

30-64231349-1

(011) 46113503 / 46376594

irte.srl@janssen.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 17:00hs.

RAZÓN SOCIAL: Instituto INFANCIAS S.R.L.

Guardia Vieja 4541 CABA

30-70859288-5 (011)

4862-2513

infancias@fibertel.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 16:30hs.

RAZÓN SOCIAL: Instituto JORGE NEWBERY

Teodoro García 2449 CABA

27-05497182-1 (011) 4786-5856

jorgenewbery@hotmail.com

Lunes a viernes: 9:00 a 16:30hs.

RAZÓN SOCIAL: Instituto PIEDRA LIBRE (ACUARELA A.G.A.S. S.R.L.)

Achega 3515 CABA

30-64412665-6 (011) 4572-2637

institutopiedralibre@tutopia.com

Lunes a viernes: 9:00 a 17:30hs.

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO PSICOPEDAGOGICO SENDEROS S.R.L.

Aguilar 2845 CABA

30-58643200-8

4551-5624

No Informa

Lunes a viernes: 9:00 a 16:00hs.

RAZÓN SOCIAL: TRA.SO. propiedad de Fundación por la igualdad

Paysandú 564CABA

30-71034686-7

4432-6547

Lunes a viernes: 7:30 a 18:10hs

crespomp@yahoo.com.ar

RAZÓN SOCIAL: W. PRINGLE MORGAN Escuela de Recuperación

Thames 1078 CABA

30-61082247-5 (011) 4773-0301

ipmorgan@vianetworks.com.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 16:00hs.

PRESTACIONES DE APOYO

PRESTACION BRINDADA POR PRESTADOR DESIGNADO POR EL AFILIADO Y EVALAUDO POR AUDITORIA MEDICA ACORDE A REGLAMENTACION.

HOGAR, RESIDENCIA

RAZÓN SOCIAL: ASOCIACIÓN DE AYUDA AL CIEGO "A.S.A.C."

Venezuela 584 CABA

33-55235170-9

4982-1367

direccion@asac.org.ar

Lunes a viernes: 9:00 a 16:30hs.

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO LUZ DE LUNA S.R.L.

Av. Avellaneda 2023/2025 CABA

30-70989434-6

4631-0209

Mail: instituto.luzdeluna@gmail.com

Las 24hs todos los días de la semana

RAZÓN SOCIAL: INSTITUTO VENID

Yerbal 1680

20-13411844-0

4631-1517

venid@discapacidad.org.ar

No responde

RESIDENCIA

RAZÓN SOCIAL: OSUAL S.R.L.

Galicia 1982 CABA

Bahia Blanca 2580/82

33-68343998-9

011) 4566-5858

isyalvarez@hotmail.com

Modalidad a puertas abiertas con autonomía propia hasta los 60 años

RAZÓN SOCIAL: RESIDENCIA MEDITERRANEO

TERRADA 3845/7 CABA

30-71099884-8

Teléfono no informa

Mail: No informa

TRANSPORTE

CABA-GBA-INTERIOR DEL PAÍS

Se dará cobertura de transporte para aquellos afiliados que presenten cuadro de minusvalía visual, motora, psicosis y / o autismo y además no deberán poseer vehículos con franquicia por discapacidad.

Deberán presentar la siguiente documentación:

- Orden del médico tratante en su recetario
- Nota de consentimiento firmada solamente por el afiliado titular
- Planilla de solicitud de transporte
- Planilla FIM (Medida de independencia funcional) en caso de dependencia
- Formulario de Traslados Especiales, indicando origen y destino del transporte, días y horarios de la prestación.
- Planilla de solicitud de transporte

Se requiere presentar presupuesto de transporte, con la habitación correspondiente.

La cobertura del transporte en forma total o parcial será una decisión de la Obra Social a través de la evaluación del caso por el equipo interdisciplinario y la auditoria medica en Discapacidad

ANEXO IV

En caso de inicio, ampliación, modificación de tratamientos individuales y/o institucionales, solo podrán comenzar los tratamientos prescriptos si tienen la autorización emitida por la Obra Social, luego de haber presentado la documentación completa a los fines de la auditoria por parte del Equipo Interdisciplinario.

En caso de que la solicitud corresponda a una continuidad de un tratamiento del año anterior deberán presentar la documentación respaldatoria dentro del plazo de 40 días de iniciadas las prestaciones. Caso contrario su vigencia quedará sujeta a la evaluación del Equipo Interdisciplinario.

Solo se recibirán trámites con la documentación completa. Se deberá presentar el esquema terapéutico completo para su evaluación por el Equipo Interdisciplinario, en su defecto se hará una reevaluación total del esquema prestacional autorizado.

Toda la documentación requerida por el Sector Necesidades Especiales y/o la Oslera se encuentra sujeta a rectificación de acuerdo a eventuales modificaciones de la normativa vigente de la Superintendencia de Servicios de Salud u otro organismo competente.

La cobertura por discapacidad se otorgará a partir del año de vida.

Únicamente se dará cobertura a las prestaciones que se encuentren contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad del Ministerio de Salud de la Nación.

En concordancia con lo sugerido por la Superintendencia de Servicios de Salud, el Equipo Interdisciplinario de la Obra Social tendrá la potestad, si correspondiera, de realizar evaluaciones de seguimiento sobre los tratamientos autorizados.

Instructivo para Beneficiarios

Recepción de los trámites 2025 a partir del mes de noviembre 2024.

Según Normativa Vigente Superintendencia Servicios de Salud.

Afiliación y Cobertura vigente.

CUD Vigente

Beneficiarios de Primera Vez: Solicitar turno para Entrevista con Equipo Interdisciplinario de la OSLERA. En la página web se encuentra el Instructivo con los requisitos para la presentación año 2025. Desde el área de discapacidad se orientará en la presentación de la documentación, la cual deberá ser enviada escaneada en formato PDF o JPG, por correo electrónico indicando DNI y nombre del beneficiario en el asunto.

En caso de ser necesario podrá presentarlo de manera presencial en la OSLERA según domicilio del afiliado.

LA DOCUMENTACION PRESENTADA DEBE ESTAR COMPLETA PARA SER AUDITADA POR LA OBRA SOCIAL.

Centros habilitados para la gestión de Autorizaciones

Como sede central, OSLERA en quien brinda asesoramiento y canalización de prestaciones en Discapacidad.

O.S.Le.R.A cuenta con un sector de auditoría y orientación para personas con Discapacidad, un equipo Interdisciplinario y la contratación de co-especialistas según requerimiento en la materia. El principal objetivo es poder acompañar, orientar y evaluar las prestaciones que los beneficiarios solicitan de acuerdo con los postulados de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad.

Las prestaciones que se brindan a las personas con discapacidad se encuentran reguladas en la Ley 24901. y establecidas en el Marco Básico de organización y funcionamiento de prestaciones y establecimientos de atención a personas, Res 1328/2006 MSAL y sus modificatorias. En dichas normas se desprenden las diferentes modalidades de abordaje que deben ser cubiertas, como así también las características de los profesionales y prestadores que realizan dicho abordaje.

Toda la documentación requerida por el sector está sujeta a modificaciones según eventuales disposiciones de la Superintendencia de Servicios de Salud.

O.S.Le.R.A. tiene su Red Prestacional contratada con Accord Salud y Hominis, por lo que para la solicitud de prestaciones por Discapacidad los afiliados deberán solicitar entrevista con el auditor médico de la OSLERA, integrante del equipo Interdisciplinario de Discapacidad al correo electrónico del área (debe indicar nombre, apellido y DNI de la persona con discapacidad y un teléfono de contacto). Luego de la entrevista deberá enviar la documentación detallada en el Instructivo Discapacidad 2025.

CIUDAD AUTONOMA DE BUENOS AIRES

OSLeRA - Casa Central

México 565 Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Capital Federal

Tel: (011) 4331-1090/ 2040

Mail: oslera@clnoslera.com.ar

Accord Salud – Agencia Centro

Arenales 884, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

0810-888-2226

www.accordsalud.com.ar

HOMINIS

Fco. Acuña de Figueroa 1239, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Atención al Socio 0810-999-1950

www.hominis.com.ar

Todas las Agencias del Interior del país correspondientes a nuestra Red Prestacional, recibirán la documentación necesaria para ser evaluada por la Auditoria acorde a cada requerimiento. -

Los beneficiarios que poseen CUD (Certificado único de discapacidad) y requieran de medicación vinculada al diagnóstico mencionado en dicho certificado, cuentan con cobertura al 100%. Cabe aclarar que la correspondencia entre la enfermedad y la medicación prescrita queda sujeta a evaluación de Auditoria Médica.

1. Para obtener dicho beneficio, deberá por primera y única vez entregar en la Agencia más cercana a su lugar de residencia la siguiente documentación:

- la prescripción de los medicamentos
- resumen de historia clínica con el fundamento y el esquema terapéutico de la medicación
- CUD (certificado único de discapacidad)

2. Una vez autorizada la receta, podrá concurrir a una Farmacia de la red prestacional.

En los meses subsiguientes el afiliado o su familiar deben presentarse en la Agencia, solo con la prescripción vigente y la credencial. En el caso de que alguno de estos medicamentos sea modificado, ya sea en la droga o la dosis, deberá realizar nuevamente el trámite inicial con toda la documentación descripta en el punto 1 en la Agencia. Cualquier otra medicación, está cubierta al porcentaje que corresponde a su plan, sin autorización previa a través de las farmacias de la red. (Debe consultar la cartilla online en la web).

Área metropolitana

Obra Social de Legisladores de la República Argentina Sector Prestaciones Medicas

México 565 (1096) PB
4331-1090/2040 INT.111 / 120
Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Mail: prestaciones@chnoslera.com.ar
oslera@chnoslera.com.ar

Referentes: DR. ANIBAL REINALDO AUDITOR MEDICO

Lic. en Psicología CAPURRO DIEGO GASTON

Referentes Administrativas: VILMA ALMADA

Unión Personal -Accord Salud

Gerencia de Atención Personalizada

Sector de Necesidades Especiales.

Tucumán 949, (1049), 2º P. Contrafrente, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Mail: necesidadesespeciales@unionpersonal.com.ar

HOMINIS

Fco. Acuña de Figueroa 1239, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Atención al Socio 0810-999-1950

www.hominis.com.ar

GRAN BUENOS AIRES

Agencia Avellaneda

Monseñor Piaggio 36, Avellaneda, Buenos Aires

(011) 4222-6446 / 4222-6495

Mail: avellanedaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Lomas de Zamora

Acevedo 206, Lomas de Zamora, Buenos Aires

(011) 4292-5246

Mail: lomasup@unionpersonal.com.ar

Agencia Morón

República Oriental del Uruguay 363, Morón, Buenos Aires

(011) 4628-7341 / 9890

Mail: moronup@unionpersonal.com.ar

Agencia Pilar

Saratea Ramírez 75, Pilar, Buenos Aires

(0230) 442-6040 / 442-1981 Mail: pilarup@unionpersonal.com

Agencia Quilmes

Almirante Brown 666, Quilmes, Buenos Aires
(011) 4224-8001 / 4224-8002

Mail: quilmesup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Martín

48 Moreno 3504, San Martín, Buenos Aires
(011) 4752-4321 / 4752-4311

Mail: sanmartinup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Miguel

Domingo Faustino Sarmiento 1037, San Miguel, Buenos Aires
(011) 4451-6005 / 4451-4068

Mail: sanmiguelup@unionpersonal.com.ar

Agencia Tigre

Sáenz Peña 1250, Tigre, Buenos Aires
(011) 5245-9857 / 5245-9801

Mail: tigreup@unionpersonal.com.ar

PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Agencia Azul

Hipólito Yrigoyen 603, Azul, Buenos Aires
(02281) 434237 / 429427

Mail: azulup@unionpersonal.com.ar

Agencia Bahía Blanca

O Higgins 358, Bahía Blanca, Buenos Aires
(0291) 4536985 / 4532209

Mail: bahiaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Balcarce

Calle 22 Nº 664 , Balcarce, Buenos Aires
(02266) 431483 / 424528

Mail: balcarceup@unionpersonal.com.ar

Agencia Baradero

San Martín 1716, Baradero, Buenos Aires
(03329) 486189

Mail: baraderoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Campana

Belgrano 211 B , Campana, Buenos Aires
(03489) 468669 / 432433

Mail: campanaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Junín

(0236) 4422484 / 4443398
Mayor López 117, Junín, Buenos Aires
Mail: juninup@unionpersonal.com.ar

Agencia La Plata

Av. 7 Nº 362, La Plata, Buenos Aires
(0221) 4235363 / 4235350
Mail: laplataup@unionpersonal.com.ar

Agencia Luján

Humberto Primo 986, Luján, Buenos Aires
(02323) 430747 / 438591
Mail: lujanup@unionpersonal.com.ar

Agencia Mar del Plata

Moreno 2967, Mar del Plata, Buenos Aires
(0223) 4920210 / 4922447
Mail: mardelplataup@unionpersonal.com.ar

Agencia Necochea

CALLE 68 Nº 2912, Necochea, Buenos Aires
(02262) 434742 / 427858
Mail: necocheaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Pergamino

San Martín 662, Pergamino, Buenos Aires

(02477) 42-6549

Mail: pergaminoup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Nicolás de Los Arroyos

Belgrano 110, San Nicolás de Los Arroyos, Buenos Aires

(0336) 443-0558 / 445-4422

Mail: sannicolasup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Pedro

E. Arnaldo 80, San Pedro, Buenos Aires

(03329) 427320 / 428748

Mail: sanpedroup@unionpersonal.com.ar

Agencia Tandil

9 de Julio 244, Tandil, Buenos Aires

(02494) 44-1639 / 43-4268

Mail: tandilup@unionpersonal.com.ar

Agencia Zárate

19 de Marzo 533, Zárate, Buenos Aires

(03487) 426827 / 431389

Mail: zarateup@unionpersonal.com.ar

INTERIOR DEL PAÍS

CATAMARCA

Agencia Catamarca

Diego de Rojas 574, Catamarca, Catamarca

(03834) 443-2458

Mail: catamarcaup@unionpersonal.com.ar

CHACO

Agencia Resistencia

Brown 286, Resistencia, Chaco

(0362) 4443940 / 4425111 Mail: chacoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Saenz Peña

Superiora Palmira 342, Saenz Peña, Chaco

(0364) 4423291 / 4430899

Mail: chacoup@unionpersonal.com.ar

CHUBUT

Agencia Comodoro Rivadavia

Sarmiento 427, Comodoro Rivadavia, Chubut

(0297) 444-2901 / 447-4758

Mail: comodoroup@unionpersonal.com.ar

Agencia Esquel

RIVADAVIA 1168, Esquel, Chubut

02945- 454828 / 455899

Mail: esquelup@unionpersonal.com.ar

Agencia Puerto Madryn

Belgrano 332, Puerto Madryn, Chubut

(0280) 4450570 / 4454475 Mail: madrynum@unionpersonal.com.ar

Agencia Trelew

25 de Mayo 627, Trelew, Chubut

(0280) 442-1052 / 442-2008

Mail: trelewup@unionpersonal.com.ar

CORDOBA

Agencia Córdoba

LA TABLADA 347, Córdoba, Córdoba

(0351) 422-3046 / 423-2584

Mail: cordobaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Oncativo

Las Heras 213, Oncativo, Córdoba

(03572) 46-1101 Mail: oncativoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Río Cuarto

25 de Mayo 620, Río Cuarto, Córdoba

(0358) 4639066 / 4626370

Mail: riocuartoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Río Tercero

General Paz 174, Río Tercero, Córdoba

(03571) 422518 / 431720

Mail: rioterceroup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Francisco

Independencia 1910, San Francisco, Córdoba

(03564) 42-2456

Mail: sanfranciscoup@uniopnpersonal.com.ar

Agencia Villa María

Santa Fe 627, Villa María, Córdoba

(0353) 461-0444

Mail: villamariaup@unionpersonal.com.ar

CORRIENTES

Agencia Corrientes

Av. 3 de Abril 346, Corrientes, Corrientes

(0379) 4429815 / 4422986

Mail: corrientesup@unionpersonal.com.ar

ENTRE RIOS

Agencia Concepción del Uruguay

14 de Julio 386, Concepción del Uruguay, Entre Ríos

(03442) 42-5565

Mail: concepcionup@unionpersonal.com.ar

Agencia Concordia

Juan Bautista Alberdi 39, Concordia, Entre Ríos

(0345) 421-8459/422-4788

Mail: concordiaup@unionpersonal.com.ar

Agencia Paraná

Jaime Baucis 412, Paraná, Entre Ríos
(0343) 431-2427 / 5250

Mail: paranaup@unionpersonal.com.ar

FORMOSA

Agencia Formosa

Fotheringham 199, Formosa, Formosa
(03704) 43-2550 / 43-7380

Mail: formosaup@unionpersonal.com.ar

JUJUY

Agencia Jujuy

ALVEAR 582, Jujuy, Jujuy
(0388) 423-4400 / 424-4813

Mail: jujuyup@unionpersonal.com.ar

LA PAMPA

Agencia General Pico

Calle 17 Nro. 645, General Pico, La Pampa
(02302) 43-1443

Mail: gpicoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Santa Rosa

Gral. Pico 364, Santa Rosa, La Pampa
(02954) 42-8479

Mail: lapampaup@unionpersonal.com.ar

LA RIOJA

Agencia La Rioja

Urquiza 478, La Rioja, La Rioja
(03804) 43-6326

Mail: lariojaup@unionpersonal.com.ar

MENDOZA

Agencia Mendoza

Av. San Martín 799, Mendoza, Mendoza
(0261) 4233945 / 4255303

Mail: mendozaup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Rafael

25 de Mayo 27, San Rafael, Mendoza
(0260) 4436576

Mail: sanrafaelup@unionpersonal.com.ar

MISIONES**Agencia El Dorado**

Cuyo 171, El Dorado, Misiones
(03751) 42-3322

Mail: eldoradoup@unionpersonal.com.ar

Agencia Iguazú

Av. Misiones 288, Iguazú, Misiones
(03757) 420198/493727

Mail: iguazuup@unionpersonal.com.ar

Agencia Posadas

La Rioja 2285, Posadas, Misiones
(0376) 4429823 / 4432946

Mail: misionesup@unionpersonal.com.ar

NEUQUEN**Agencia Neuquén**

Juan B. Justo 596, Neuquén, Neuquén
(0299) 4488070 / 4487622

Mail: neuquenup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Martín de los Andes

General Villegas 1061, San Martín de los Andes, Neuquén
(02972) 422977 / 411150 Mail: smandesup@uniopnpesonal.com.ar

RIO NEGRO

Agencia General Roca

Buenos Aires 1595, General Roca, Río Negro
(0298) 442-5604 / 8951

Mail: grocaup@unionpersonal.com.ar

Agencia San Carlos de Bariloche

Gallardo 350, San Carlos de Bariloche, Río Negro
(0294) 4522176 / 4525666

Mail: barilocheup@unionpersonal.com.ar

Agencia Viedma

Buenos Aires 427, Viedma, Río Negro

S/T

Mail: viedmaup@unionpersonal.com.ar

SALTA**Agencia Salta**

Balcarce 175, Salta, Salta
(0387) 4312259 / 4229199

Mail: saltaup@unionpersonal.com.ar

SAN JUAN**Agencia San Juan**

Santa Fe Oeste 398, San Juan, San Juan
(0264) 422-9175-4274081

Mail: sanjuanup@unionpersonal.com

SAN LUIS**Agencia San Luis**

Pringles 729, San Luis, San Luis
(0266) 442-4663 / 444-7672

Mail: sanluisup@unionpersonal.com.ar

Agencia Villa Mercedes

Pedernera 1042, Villa Mercedes, San Luis

(02657) 42-3614

Mail: vmercedesup@unionpersonal.com.ar

SANTA CRUZ

Agencia Caleta Olivia

9 de Julio 21, Caleta Olivia, Santa Cruz

(0297) 4853353

Mail: caletaup@unionpersonal.com.ar

Agencia El Calafate

9 de Julio 187, El Calafate, Santa Cruz

(02902) 489477

Mail: elcalafateup@unionpersonal.com.ar

Agencia Río Gallegos

Av. San Martín 477, Río Gallegos, Santa Cruz

(02966) 43-6555

Mail: riogallegosup@unionpersonal.com.ar

SANTA FE

Agencia Rosario

Paraguay 1198, Rosario, Santa Fe

(0341) 440-3210

Mail: rosarioup@unionpersonal.com.ar

Agencia Santa Fe

Mendoza 2853, Santa Fe, Santa Fe

(0342) 4559801 / 4539686

Mail: santafeup@unionpersonal.com.ar

SANTIAGO DEL ESTERO

Agencia Santiago del Estero

Av. Belgrano 760, Santiago del Estero, Santiago del Estero

(0385) 428-3488 Mail: santiagoup@unionpersonal.com.ar

TIERRA DEL FUEGO

Agencia Río Grande

Perito Moreno 1020, Río Grande, Tierra del Fuego
(02964) 42-4850

Mail: riograndeup@unionpersonal.com.ar

Agencia Ushuaia

Gobernador Paz 208, Ushuaia, Tierra del Fuego
(02901) 43-3349 / 42-2474

Mail: ushuaiaup@unionpersonal.com.ar

TUCUMAN**Agencia Tucumán**

Santiago del Estero 799, Tucumán, Tucumán
(0381) 4307318 / 4310605 Mail: tucumanup@unionpersonal.com.ar

Sede Central HOMINIS

Fco. Acuña de Figueroa 1239
Teléfono: 4860-1900
Atención al Socio 0810-999-1950
www.hominis.com.ar

SUCURSALES**• MORÓN**

Boatti 222,
Morón
Tel.: 7078-1084

• CABALLITO

Honorio Pueyrredón 885
Caballito

• VILLA DEL PARQUE

Campana 3307,
Villa del Parque
Tel.: 4502-2888 / 4503-3402

• VILLA CRESPO

Araoz 315, Villa
Crespo Tel.:
5239-3085

• LOMAS DE ZAMORA

Fco. Portela 225,
Lomas de Zamora
Tel.: 5263-8255 / 8273

• **COLEGIALES**

Avenida Álvarez Thomas 859,
Colegiales
Tel.: 5263-5471