



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social
Adicciones

2025



Requisitos Adicciones

Los afiliados deberán presentar:

- ✓ Fotocopia de: DNI, credencial de la Obra Social y recibo de sueldo.
- ✓ Consentimiento informado.
- ✓ Resumen de historia clínica, solicitud del tratamiento indicado por el médico psiquiatra. Fundación EMITO (APE Salud Mental)

El prestador deberá presentar:

- ✓ CBU
- ✓ Ingresos Brutos
- ✓ Constancia de AFIP
- ✓ Inscripción en el Registro Nacional de Prestadores
- ✓ Habilitación Municipal
- ✓ Nómina de Profesionales
- ✓ Plan del Tratamiento

IMPORTANTE

La documentación se recibirá en original sin tachaduras ni enmiendas, con letra clara y la misma tinta.



PRESUPUESTO PARA ADICCIONES

Si usted ha descargado el archivo, cuenta con la posibilidad de completar la información en su computadora e imprimirla

Datos del afiliado - Completar todos los campos del formulario

Lugar de emisión: _____ Fecha _____

Nombre y apellido: _____

Afiliado Nº _____ DNI Nº _____

Prestación a brindar

Tratamiento ambulatorio

Hospital de día por 4 horas Hospital de día por 8 horas Hospital de noche

Internación psiquiátrica para desintoxicación Internación en comunidad terapéutica residencial

Otro ¿Cuál? _____

Datos del prestador

Nombre y apellido / Razón Social _____

Domicilio real donde se brindará la prestación _____

Teléfono _____ CUIT _____

E-Mail _____

Cronograma de Asistencia

Días y horarios	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desde							
Hasta							
Desde							
Hasta							
Desde							
Hasta							
Desde							
Hasta							

Monto mensual \$ _____

Período: desde _____ hasta _____ Año _____

PROFESIONAL

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE /TUTOR

Firma

Firma

Aclaración

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI