



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social
Adicciones
2026

Obra Social de Choferes de Camiones
San José 1775/81 (1136) CABA - Tel. (011) 4378-1000
Personería Social Nro. 1-0580-4 - Resolución I.N.O.S. Nro. 683/80



Requisitos Adicciones

Los afiliados deben presentar:

- Fotocopia de: DNI, credencial de la Obra Social.
- 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 ARCA
- 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 N°: _____ DNI N°: _____
 E-mail del afiliado: _____

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 \$: _____
 Periodo: desde _____ hasta _____ Año: _____

INSTITUCIÓN

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE / TUTOR

Firma

Firma

Aclaración

Aclaración

Sello de la Institución

Vínculo / DNI



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL ADICIONES

****Completar con lapicera azul toda la planilla****

Prestador: _____ N°: _____

Domicilio: _____

E-mail: _____ Tel. (): _____

Apellido y nombre del beneficiario: _____

E-mail del afiliado: _____

DNI N°: _____ Afiliado N°: _____ Tel. (): _____

Prestación: _____

Período (mes y año): _____

Carga horaria mensual: _____ horas de acuerdo al siguiente detalles (*)

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

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

(*) Se debe indicar la carga horario día por día (no el horario). Ej. 4hs. NO se debe indicar de 8:00 a 12:00hs.

Lugar donde se realiza la prestación/internación _____

Turno (mañana/tarde/doble) _____

PRESTADOR

BENEFICIARIO, FAMILIAR O RESPONSABLE

Firma original del Responsable que realizó la Integración

Firma original

Aclaración

Aclaración

Sello

Vínculo / DNI