



**OBRA SOCIAL
DE CHOFERES
DE CAMIONES**

Secretaría de Acción Social

Adicciones

2027

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 2027

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



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

de de

Motivo de la baja

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it's resting on a surface.

Firma y sello
del Médico Auditor



PLANILLA DE ASISTENCIA MENSUAL ADICCIONES 2027

****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