



**OBRA SOCIAL  
DE CHOFERES  
DE CAMIONES**

**Secretaría de Acción Social**  
**Adicciones**

**2023**



# 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.

## 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 ADICIONES

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° \_\_\_\_\_

### 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