

CONVENIO IOMA – COLEGIO DE PSICÓLOGOS

INICIO DEL TRATAMIENTO

CONFORMIDAD DEL AFILIADO

N° de Autorización

Lugar y fecha _____

Datos del Beneficiario / N° Afiliado _____

Nombres y Apellido _____

DNI _____ Edad _____ Domicilio _____

En mi carácter de afiliado del IOMA, manifiesto haber sido debidamente informado por el profesional que suscribe al pie de la presente, tanto de la cobertura que me brinda el IOMA en el tratamiento de psicoterapia (individual y de orientación a padres) como de los pagos que debo afrontar, que son detallados a continuación:

a) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (hasta 44 sesiones)

VALOR POR SESIÓN	COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DEL IOMA

b) ENTREVISTA DE ORIENTACIÓN A PADRES (hasta 18 sesiones)

VALOR POR SESIÓN	COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DEL IOMA

Los cosegueros antes detallados, son los únicos importes que debo abonar directamente al prestador.

Firma del Beneficiario

Aclaración

Luego que el afiliado ha tomado conocimiento y dado su conformidad, remito la presente al IOMA, cumpliendo de esta manera con el requisito indispensable para poder facturar mis honorarios.

Firma y sello aclaratorio prestador