

CONVENIO IOMA – COLEGIO DE PSICÓLOGOS

INICIO DEL TRATAMIENTO

CONFORMIDAD - AFILIADOS CON CUD

N° de Autorización

Lugar y fecha _____

Datos del Beneficiario / N° Afiliado _____

Nombres y Apellido _____

DNI _____ Edad _____ Domicilio _____

En mi carácter de afiliado a IOMA, manifiesto haber sido debidamente informado por el profesional que suscribe al pie de la presente, tanto de la cobertura que me brinda IOMA en el tratamiento de psicoterapia (individual y de orientación a familiares), como de la presentación indispensable del CUD vigente.

a) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (hasta 88 sesiones)

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

a) ENTREVISTA DE ORIENTACIÓN A FAMILIARES (hasta 31 sesiones anuales)

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

Es requisito indispensable la presentación mensual al profesional, del **CUD**, para obtener el 100% de la cobertura.

Firma del Beneficiario

Aclaración

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

Firma y sello aclaratorio prestador