

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 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 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
\$ 233	\$ 60	\$ 173

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

VALOR POR SESION	COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DEL IOMA
\$ 233	\$ 60	\$ 173

Los coseguros 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 a IOMA, cumpliendo de esta manera con el requisito indispensable para poder facturar mis honorarios.

Firma y sello aclaratorio prestador