

CONVENIO IOMA – COLEGIO DE PSICÓLOGOS

N° de Autorización

INICIO DE TRATAMIENTO

CONFORMIDAD DEL AFILIADO

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) PRIMERA ENTREVISTA Y TRES SESIONES INICIALES

Las mismas estarán a cargo exclusivo del afiliado

VALOR POR SESION
\$ 64.00

b) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (hasta 40 sesiones)

VALOR POR SESION	COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DE IOMA
\$ 64.00	\$ 16.00	\$ 48.00

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

VALOR POR SESION	COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DE IOMA
\$ 64.00	\$ 16.00	\$ 48.00

El pago de las cuatro sesiones de evaluación inicial y 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