

1ra CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

CONVENIO IOMA – COLEGIO DE PSICÓLOGOS

N° de Autorización

Conformidad del/la afiliado/a

Lugar y fecha _____

Datos de la/el beneficiaria/o / N° Afiliada/o _____

Nombres y Apellido _____

DNI _____ Edad _____ Domicilio _____

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

1° prórroga: hasta 22 sesiones

prestación	valor por sesión	COSEGURO A CARGO DE LA/EL AFILIADA/O	A CARGO DEL IOMA
Psicoterapia Individual	\$662	\$120	\$542

Los cosegueros antes detallados, son los únicos importes que debo abonar directamente a la/el prestador.

Firma de la/el beneficiaria/o

Aclaración

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

Firma y sello aclaratorio prestador