

## 1ra CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO

### CONVENIO IOMA – COLEGIO DE PSICÓLOGOS

<b>N° de Autorización</b>

### 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
<b>Psicoterapia Individual</b>	<b>\$1034</b>	<b>\$120</b>	<b>\$914</b>

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