

INICIO DEL TRATAMIENTO - AFILIADA/O CON CUD

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 a IOMA, manifiesto haber sido debidamente informada/o por la/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 DE LA/EL AFILIADA/O | A CARGO DE IOMA |
|------------------|--------------------------------------|-----------------|
| \$ 1034 | \$ 00 | \$ 1034 |

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

| VALOR POR SESIÓN | COSEGURO A CARGO DE LA/EL AFILIADA/O | A CARGO DE IOMA |
|------------------|--------------------------------------|-----------------|
| \$ 1034 | \$ 00 | \$ 1034 |

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

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