

**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

<b>VALOR POR SESION</b>
\$88.00

- b) PSICOTERAPIA INDIVIDUAL (hasta 40 sesiones)

VALOR POR SESION	COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DE IOMA
\$ 88.00	\$ 25.00	\$ 63.00

- c) ENTREVISTA DE ORIENTACIÓN A PADRES (hasta 10 sesiones)

VALOR POR SESION	COSEGURO A CARGO DEL AFILIADO	A CARGO DE IOMA
\$ 88.00	\$ 25.00	\$ 63.00

**El pago de las cuatro sesiones de evaluación inicial y 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 al IOMA, cumpliendo de esta manera con el requisito indispensable para poder facturar mis honorarios.

.....  
 Firma y sello aclaratorio prestador