

DECLARACIÓN DE CONFORMIDAD Y ACEPTACIÓN DE CONDICIONES DE PRESTACIÓN

Prestador N°301420 Colegio de Psicólogos de Neuquén- Convenio con Swiss Medical

Lugar y fecha: _____

Por medio de la presente ; Licenciada _____ (Nombre y apellido) matrícula N° _____, **he sido asesorada del convenio vigente entre SMMP y Colegio de Psicólogos de Neuquén.**

En tal sentido, declaran conocer y aceptar que:

1. Valores Prestacionales

La Profesional manifiesta haber sido informada respecto de los valores prestacionales vigentes al momento de su incorporación, comprendiendo que los mismos podrán sufrir modificaciones conforme a las políticas y actualizaciones que determine la entidad contratante.

2. Circuitos Administrativos y de Facturación

La Profesional declara conocer los procedimientos administrativos requeridos para la presentación de prestaciones, facturación, documentación respaldatoria, plazos de presentación y demás requisitos aplicables para la correcta gestión de sus servicios.

3. Modalidad y Plazos de Pago

La Profesional manifiesta haber sido informada sobre los plazos, mecanismos y condiciones de liquidación y pago establecidos para los prestadores.

4. Uso de Plataformas y Herramientas Digitales

La Profesional declara haber recibido información respecto del uso de la página web, portales de autogestión, sistemas de validación, carga de prestaciones y demás herramientas digitales que resulten necesarias para el desarrollo de la actividad profesional dentro de la red prestacional.

5. Publicación en Cartilla

La Profesional autoriza la publicación de sus datos profesionales en la cartilla de prestadores, incluyendo nombre y apellido, domicilio profesional y teléfonos de contacto para su correcta identificación por parte de los afiliados.

6. Responsabilidad sobre la Información

La Profesional se compromete a mantener actualizados sus datos personales, profesionales y bancarios, notificando cualquier modificación que pudiera afectar la correcta gestión administrativa o su publicación en cartilla.

7. Gestión de Altas por Intermedio del Colegio

La Profesional declara conocer y aceptar que su incorporación a la cartilla se gestiona a través del **Colegio de Psicólogos de Neuquén, Prestador N° 301420**, entidad encargada de remitir la documentación correspondiente, canalizar comunicaciones administrativas y transmitir las condiciones operativas vigentes informadas por la Entidad.

A nivel de respaldo para vos, incluso fortalecería la redacción final con una cláusula como esta:

8. Constancia de Información Recibida

El Colegio de Psicólogos de Neuquén, Prestador N° 301420, y la Profesional dejan constancia de haber recibido información suficiente respecto de valores prestacionales, modalidades de facturación, plazos de pago, utilización de plataformas digitales, mecanismos de validación, procedimientos administrativos y requisitos para su permanencia en cartilla, prestando su expresa conformidad y renunciando a invocar desconocimiento respecto de las condiciones informadas al momento de la firma del presente.

9. Conocimiento y Conformidad

Se deja expresa constancia de haber recibido, comprendido y aceptado las condiciones vigentes para el alta de prestadores en la cartilla profesional de PSICOLOGOS/AS DE SWISS MEDICAL.

Profesional

Nombre y Apellido: _____ **Matrícula N°:**

Firma: _____

Representante del Colegio de Psicólogos de Neuquén

Nombre y Apellido: _____ **Cargo:**

Firma: _____

Representante de la Entidad

Nombre y Apellido: _____ **Cargo:**

Firma: _____