



Global
Card

TELEFONO DE ATENCIÓN AL ESPECIALISTA: 902 414 902

Estimados Sres.:

El motivo de esta carta es explicarles la rutina de funcionamiento que deben seguir con las personas que se identifiquen como beneficiarios de la entidad aseguradora Aegon.

La valoración y prescripción de las diferentes sesiones de psicología deben ser realizadas por un psiquiatra perteneciente a la guía de profesionales concertados por AEGON.

El asegurado con la prescripción del medico psiquiatra solicitará un número de autorización a la compañía donde le indicaran para cuantas sesiones vale la autorización y el tiempo en realizarlas.
A la clínica acudirá con el número de autorización y la tarjeta sanitaria de Aegon que es personal y debe encontrarse en vigor.

Con carácter mensual y antes del día 5 de cada mes se remitirá a Global Card la facturación en la hoja cuartilla totalmente cumplimentada (C/ Don Ramón de la Cruz, 67 28001 Madrid) junto a una copia de la autorización facilitada por la compañía, para proceder al abono de las sesiones realizadas por transferencia bancaria

Solo se abonaran los actos médicos prescritos y realizados por profesionales pertenecientes a Global Card y con la correspondiente autorización.

Se abonara un máximo de 15 sesiones de psicología por paciente y año.

Para ayudarles, en todo lo relativo a este procedimiento, disponen de un Teléfono de Atención al Especialista, **902 414 902**, cuyo horario es de LUNES a VIERNES de 9 a 15 y de 16 a 18 horas, y donde gustosamente les aclararemos todas las dudas que le surjan, antes o durante la prestación del servicio.

Departamento de Atención al cliente

PSICOLOGÍA



Datos de la clínica

Dr./nombre de la clínica:
C.I.F.: Teléfono: Fecha:
Domicilio: Localidad: Provincia:

Datos del paciente

D./Dña.: Entidad:
Nº tarjeta: N.I.F.:
Domicilio: C.P.: Teléfono:
Localidad: Provincia:

Sesión nº	fecha:	Autorización
Sesión nº	fecha:	Autorización
Sesión nº	fecha:	Autorización
Sesión nº	fecha:	Autorización
Sesión nº	fecha:	Autorización

Firma del paciente

(máximo 15 sesiones por paciente y año)

PSICOLOGÍA



Datos de la clínica

Dr./nombre de la clínica:
C.I.F.: Teléfono: Fecha:
Domicilio: Localidad: Provincia:

Datos del paciente

D./Dña.: Entidad:
Nº tarjeta: N.I.F.:
Domicilio: C.P.: Teléfono:
Localidad: Provincia:

Sesión nº	fecha:	Autorización
Sesión nº	fecha:	Autorización
Sesión nº	fecha:	Autorización
Sesión nº	fecha:	Autorización
Sesión nº	fecha:	Autorización

Firma del paciente

(máximo 15 sesiones por paciente y año)