

TERMO DE AJUSTES DE PROCEDIMENTOS - PSICOTERAPIA UNIMED – UNIPSO

Para que haja uma evolução adequada do atendimento psicológico, as partes abaixo qualificadas firmam o presente termo, visando sanar dúvidas, que eventualmente possam surgir:

PSICÓLOGO(A): _____

BENEFICIÁRIO(A): _____

Tipo de atendimento: Psicoterapia Individual

Horários e número de sessões por semana: _____

HORÁRIOS E FALTAS

Os horários combinados ficam reservados para o(a) beneficiário(a) e são de responsabilidade dele(a) e do(a) psicólogo(a), sendo assim:

a) Caso o(a) beneficiário(a) se ausente em ___ sessões, o horário previamente combinado não mais ficará reservado para ele, cabendo ao psicólogo(a) informar o(a) beneficiário sobre a perda do horário. Fica reservado ao(a) beneficiário(a) o direito de dar continuidade à psicoterapia com o(a) mesmo(a) psicólogo(a), desde que aguarde a disponibilidade de agendamento do(a) profissional, ou então procurar outro psicólogo(a) com horário disponível.

b) Caso o(a) Profissional não possa comparecer no horário fixado, deverá comunicar ao(a) beneficiário(a) reservando-lhe o direito de reposição dentro de suas possibilidades; caso não haja reposição, a sessão não será registrada.

c) As entrevistas com os pais e/ou responsáveis, bem como orientação aos mesmos ou devolutivas, serão registradas utilizando-se a guia e a carteirinha do(a) beneficiário(a) em atendimento (da criança ou adolescente em tratamento).

DURAÇÃO DAS SESSÕES:

A duração da sessão será estabelecida de acordo com a técnica utilizada pelo(a) psicólogo(a), no caso em minutos. Sendo assim, terá duração de tempo: _____.

ATRASOS:

a) Caso ocorra atraso no horário por parte do(a) beneficiário(a), a sessão ocorrerá dentro do tempo restante.

b) Quando o atraso ocorrer por parte do(a) profissional, o mesmo deverá cumprir o horário integral estabelecido.

c) Os assuntos relativos ao(a) beneficiário(a) deverão ser tratados dentro do horário destinado ao atendimento do mesmo.

REGISTRO DE SESSÃO

a) Para atendimento, o paciente e/ou responsável deverá apresentar o Cartão de Identificação do convênio Unimed, a Cédula de Identidade, e a guia devidamente autorizada ou documento com a senha referente à autorização das sessões de psicoterapia.

b) Sem a documentação acima, o(a) beneficiário(a) não será atendido.

c) A cada sessão, no início ou ao término da mesma, será feito registro do atendimento via Sistema MK, utilizando-se o cartão do(a) beneficiário(a). O registro deve ser feito somente no momento do atendimento, na presença do(a) beneficiário(a).

d) Caso haja erro no registro via Sistema MK, o serviço de tele atendimento da Unimed poderá ser contatado durante o tempo da sessão.

e) Caso sejam utilizadas guias de papel, o(a) beneficiário(a) e/ou responsável deverá assinar as guias de autorização para realização das sessões ao início ou término da sessão, sempre com a data em que a mesma foi realizada.

f) É vetado o pagamento de quaisquer honorários referente ao atendimento.

DURAÇÃO DO TRATAMENTO:

a) A duração da psicoterapia através do convênio Unimed levará em conta o quadro/estado do(a) beneficiário(a), e está vinculada às diretrizes de autorização de sessões estipuladas pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Cabe ao(a) psicólogo(a) fazer a solicitação de sessões de psicoterapia, sempre que julgar necessário, de acordo com as diretrizes acima.

PESQUISA DE QUALIDADE

a) A qualquer tempo, o(a) beneficiário(a) será convidado a responder um questionário sobre a qualidade dos serviços de psicoterapia, como parte do contrato de parceria entre Unimed e Unipsico. O questionário contará com a identificação do(a) beneficiário(a) (nome e número do cartão), para fins de transparência do processo junto à Unimed, e deverá ser preenchido e entregue ao(a) psicólogo(a) em envelope lacrado.

RELATÓRIO / LAUDO / PARECER TÉCNICO / DECLARAÇÃO / APLICAÇÃO DE TESTES.

a) A emissão de relatórios, laudos, pareceres técnicos e declarações, está condicionada às diretrizes do Código de Ética do Profissional Psicólogo, bem como às regras da ANS e cobertura do plano de saúde

b) Se algum destes procedimentos/documentos não estiverem cobertos pelo plano de saúde, devem os valores relativos aos mesmos serem pagos, de acordo com a Tabela de Honorários da UNIPSICO, diretamente à UNIPSICO.

Observação: este convênio atendido por cooperados **UNIPSICO tem a cobertura apenas para atendimento psicológico na modalidade presencial**, ou seja, não cobre atendimento online.

Por estarem assim justos e acordados, firmam o presente Termo em duas vias de igual teor.

Ribeirão Preto, ____ de _____ 202_.

Psicólogo(a): _____
CRP:

Beneficiário(a) e ou Responsável