בס"ד

הסכם קבלה לטיפול במרכז מעלה

מרכז להתפתחות וקידום הילד

ברוכים הבאים למעלה! ע"מ שנוכל לתת לכם שירות מקצועי,קראו בעיון את הטופס ומלאו את פרטיו.

תאריך מילוי השאלון: ___/___/___

פרטי מטופל:

שם מלא: _____ ת.ז.:

נהלי רישום ותנאי תשלום

1. **סידור תשלום יתבצע מראש עבור סידרה חודשית.** סעיף זה מהווה תנאי לקבלת טיפול, מידע ומסמכים בתהליך.
2. בתחילת סדרת טיפול יופקד מס' אשראי / שיק במערכת.
3. תשלומים לטיפול באמצעות: כרטיס אשראי / מזומן / טופס 17 (התחייבות תקינה)
4. תשלום שלא יסודר בזמן הטיפול - <u>המרכז רשאי לחייב באמצעות כרטיס אשראי הנמצא במערכת</u> <u>וללא הודעה נוספת</u> חוב פתוח לאחר שבועיים ממועד הטיפול בתעריף המלא.
5. פגישה טיפולית המתקיימת בין המטפל לכל גורם / כתיבת דו"ח חיצוני – כרוך בתשלום נפרד.
6. **האחריות הבלעדית של ההורים** לעקוב אחר מכסת זכאות הטיפולים דרך הקופה, טיפולים שיתקיימו לאחר סיום המכסה יחויבו כטיפול בתעריף מלא.

☚ אנו עושים כל מאמץ לגביה מדויקת. ע"מ למנוע טעויות אנוש - נשמח לערנות ובקרה גם מצידכם.

מדיניות הטיפול ב'מעלה'

ב'מעלה' נעשה כל מאמץ לתת טיפול מיטבי ומקצועי. הטיפול מותנה בשיתוף פעולה מלא כדלהלן.

במקרה של אי עמידה בנ"ל – הנהלת 'מעלה' רשאית לעצור את הטיפול ללא התראה נוספת.

פגישות הורים

- בטיפול פרא רפואי: נוכחות הורה מחויבת על פי חוק בזמן הטיפול
- בתהליך רגשי: פגישת הורים אחת ל4 מפגשים ללא נוכחות הילד הינה חלק מהתהליך ותחויב כטיפול
- בתהליך ספורט טיפולי: פגישת הורים אחת לרבעון בתוך שעת הטיפול, תשולם כטיפול.

נוכחות בטיפול

רצף הטיפול נחוץ להצלחת התהליך. היעדרות מטיפול על פי התנאים הבאים:

1. כל בקשה בנוגע לשינוי / ביטול טיפול - יעשה אך ורק מול המשרד, עדכון מול מטפל לא יכובד.
2. במקרי הצורך תינתן אפשרות לביטול <u>אחד</u> בתהליך פרא רפואי / אחד לחצי שנה בתהליך רגשי. יש להודיע על כך 48 שעות מראש למשרד.
3. בהיעדרות מטיפול ללא הודעה מראש / פעם נוספת – תתקיים שיחה טלפונית עם המטפלת או/ו הכנת חומר למפגשים הבאים והטיפול יחויב בתשלום מלא. בתהליך רגשי: תתקיים שיחה טלפונית בתיאום מראש בכל ביטול ותחוייב בתשלום מלא.
4. המרכז שומר לעצמו את הזכות להפסיק את התהליך הטיפולי במקרה של ביטולים חוזרים.

סיום תהליך

סיום הטיפול בהנחיית המטפל/ת ולשיקול דעת מקצועית של המכון.

במקרה של צורך לסיום טיפול מצד ההורים, יש להודיע עד שבוע מראש למטפלת ולמזכירה **ולקיים טיפול סיום.**

<u>בתהליך רגשי / ספורט טיפולי</u>: יש לקיים תהליך פרידה הכולל 4 מפגשי סיום

☐ אני מאשר/ת הסרטה של בני / ביתי לצרכי הוראה ולמידה במסגרת המרכז

ויתור סודיות

אני הח"מ נותן/ת בזאת את הסכמתי למרכז "מעלה" להעביר ולקבל מידע בנוגע לבני / ביתי _____

(מ.ז. נ"ל) למסגרות הנצרכות (קופת חולים / צוות המטפל במכון / המסגרת החינוכית / השרות הפסיכולוגי / מלווה לטיפול)

אני הח"מ מאשר/ת כי אני מסכים לכל הנהלים אשר פורטו לעיל. חתימת ההורה: _____

יחיא קאפח 2 ירושלים | טל: 02-547-8999 | פקס: 02-547-8998 | אתר:office@maalah.org.il | אימייל: www.maalah.org.il