



אגף השיקום



מדינת ישראל



משרד הבריאות

מחוז שיקום: דן
דרך יעקב דורי ת.ד. 928, קרית אונו
טלפון: 03-7776777

מס' הפניה: 250006627619
תאריך: 30.01.2025

לכבוד:

קומימי קרן
כתובת הספק: אשכול 4, בית חשמונאי
טלפון: -
מספר ספק: 0011023600
דוא"ל:
מס' נייד:

הפניה לטיפול נפשי

הנני מפנה אליך את מר/גב':

שם משפחה לוגסי	שם פרטי אבי	מ.ת. 717385009	מ.ז. 316214899
רחוב סירקין 18	ישוב יהוד-מונוסון	מיקוד 5622909	טלפון 058 - 6040372

נא לקבל את הנ"ל ל:

מק"ט	שם הפריט	כמות	תקופה	מחיר לשעת טיפול (60 דק')
045011	טיפול נפשי פרטני למעמד 01-03	1	בשבוע	לא כולל מע"מ 326.00

טיפול זה אושר עקרונית עד 30.04.2025.

כוחה של הפניה זו יפה מתאריך 01.02.2025 עד תאריך 30.04.2025.

עבור הטיפול הנ"ל הננו מתחייבים לשלם בהתאם לתעריף משהב"ט ברמה 2.

לתשומת ליבך, תשלום בעבור אי הגעה יאושר לכל היותר עד 3 פעמים בשנה, בכפוף לאישור בכתב ע"י עו"ס המחוז.

יש להגיש דו"ח סיכום אינטייק לאחר 3 פגישות לכל היותר. במקביל לניהול הרשומה הרפואית השוטפת ע"י המטפל, יש להגיש לפחות אחת לחצי שנה דו"ח סיכום טיפול. הדו"חות זמינים באתר:

<http://shikum.mod.gov.il/about/providers/therapy-provider-info#instructions>

אין לבצע שינויים או למחוק פריטים בהפניה. הפניה שהפריטים בה שונו לא תכובד.

אופן הגשת החשבונית: בתחילת כל חודש יש להגיש חשבונית בגין הטיפולים שניתנו בחודש שחלף. את החשבונית יש

לסרוק ולשלוח לכתובת: shikuminvoice@imagestore.co.il בשורת הנושא של המייל יש לצין את הפרטים הבאים:

שם הספק, מספר ספק, מספר חשבונית ותאריך חשבונית. להלן המסמכים שיש לסרוק (כל מסמך בנפרד):

1. חשבונית מסעסקה

2. הפניה זו מאגף השיקום (כולל עמ' 2 – דו"ח הטיפולים, חתום ע"י המטופל)

ניתן להגיש בחשבונית אחת עד 20 מסמכי חשבון טיפולים. את המסמכים יש להגיש בתצורת PDF בלבד.

לצורך בירור סטטוס הטיפול בחשבונית ניתן להיכנס לאתר הסחר בכתובת: <http://www.online.mod.gov.il>

או באמצעות מוקד החשבוניות בטלפון: 073-3877730 (שעות העבודה א'-ה' בין 09:00-14:00)

תשלומים יבוצעו אך ורק לחשבון הבנק. התשלום יבוצע 60 יום לאחר קבלת החומר במשרד.



מס' הפניה : 250006627619
תאריך : 30.01.2025

חשבון טיפולים

שם משפחה	שם פרטי	מ.ת.	מ.ז.
לוגסי	אבי	717385009	316214899
רחוב	ישוב	מיקוד	טלפון
סירקין 18	יהוד-מונוסון	5622909	058 - 6040372

[illegible]

הצהרת הספק:

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי ביצעתי את הטיפול כמפורט לעיל.

חתימה וחותמת מגיש החשבון: _____ תאריך: _____

אישור עובד רווחה : הראל אהד תאריך : _____