



אגף השיקום



מדינת ישראל



משרד הביטחון

מחוז שיקום: תל אביב
דרך יעקב דורי ת.ד. 931, קרית אונו
טלפון: 03-7776777

מס' הפניה: 250013307510
תאריך: 29.12.2025

לכבוד:

גרוס תמר
כתובת הספק: יואב 28 28, רמת גן
טלפון: 077 - 9155225
מספר ספק: 0011007558
דוא"ל: amir.cas10@gmail.com
מס' נייד: 054-4906206

הפניה לטיפול נפשי

הנני מפנה אליך את מר/גב':

שם משפחה גרוספלד	שם פרטי עופר	מ.ת. 213513005	מ.ז. 316468867
רחוב יכין 5	ישוב רמת גן	מיקוד 5249130	טלפון 052 - 3722840

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 367.00

טיפול זה אושר עקרונית עד **30.06.2026**.

כוחה של הפניה זו יפה מתאריך **29.12.2025** עד תאריך **30.06.2026**.

עבור הטיפול הנ"ל הננו מתחייבים לשלם בהתאם לתעריף משהב"ט ברמה 1.

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 מסועסקה

2. הפנייה 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 : 250013307510
תאריך : 29.12.2025

חשבון טיפולים

שם משפחה גרוספלד	שם פרטי עופר	מ.ת. 213513005	מ.ז. 316468867
רחוב יכין 5	ישוב רמת גן	מיקוד 5249130	טלפון 052 - 3722840

תאריך	תיאור הטיפול	כמות	רמה	סכום לתשלום	חתימת הזכאי	הערות
			מע"מ סה"כ לתשלום			

הצהרת הספק:

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

חתימה וחותמת מגיש החשבון: _____ תאריך: _____

אישור עובד רווחה : חגית וינטראוב תאריך : _____