



## בקשה להחזר הוצאות עבור טיפולים משלימים (אלטרנטיביים)

### לידיעתך -

- ההשתתפות היא עבור סל טיפולים משלימים לנכים המקבלים **תגמול חודשי שוטף**, המוכרים על **פוסט טראומה, נפש, ופגיעות ראש**. הטיפול נועד לסייע ולהקל על המתמודד עם תסמיני הפגיעה.
- הפנייה לקבלת טיפולים משלימים תיעשה באופן עצמאי למטפל על ידי הזכאי ובאחריותו. הביטוח הלאומי נושא רק בהשתתפות במימון הטיפולים המשלימים ואין לו אחראיות מקצועית בכל הנוגע לבחירת זהות המטפל, תכני הטיפול או תוצאותיו.
- החזר התשלום יינתן עבור סוגי הטיפולים הנכללים בסל כמפורט:
- כירופרקטיקה, אוסטיאופתיה, דיקור לסוגיו, טווינא, עיסוי רפואי, פלדנקריז, רפלקסולוגיה, שיאצו, שיטת אלכסנדר, יוגה, וטסו, פילאטיס, טיפול בסיוע סוסים, טיפול בעזרת בעלי חיים, טיפול במוסיקה, ביו פידבק, דיאטה, הומאופתיה, טאי צ'י, טיפול בהיפנוזה, נטורופתיה, מיינדפולנס, פרחי באך, צ'י קונג, שיטת אלבאום, שיטת פאולה, טיפול במים (כגון גלישת גלים).
- הזכאות היא שנתית, על פי שנה קלנדרית ועד גובה מקסימלי בסך -6,000 ש. **לא ניתן להעביר יתרה בגין אי שימוש משנה לשנה.**

### חובה לצרף לבקשה

- חשבונית מס/קבלה הכוללת:
- פרטי המטפל או המכון
- תאריכי קבלת הטיפול וסוג הטיפול הניתן.
- סך התשלום עבור המפגשים הטיפולים

### כיצד יש להגיש את הבקשה

- למלא את הטופס על פי ההנחיות הרשומות בו.
- עליך לצרף אישורים על פי הנדרש בטופס.
- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
  - למלא באופן ידני, לסרוק אותה יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט/שליחת מסמכים.
  - לשלוח בדואר, או להניח בתיבת השירות של הסניף הקרוב למקום מגוריך.
- לשאלות וביירוים ניתן לפנות להתקשר למוקד \*6050, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט. [www.btl.gov.il](http://www.btl.gov.il)

<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="font-size: 8px;">מס' זהות / דרכון</span> </div>	לשימוש פנימי בלבד (סריקה)
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; justify-content: space-between;"> <span style="font-size: 8px;">סוג המסמך</span> <span style="font-size: 8px;">דפים</span> </div>	

## חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי  
מינהל הגמלאות  
נפגעי פעולות איבה



### בקשה להחזר הוצאות בגין טיפולים משלימים

פרטים אישיים
1

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני: _____@_____

פירוט הטיפולים בגינם מבוקש החזר
2

מס' בקשה	שם המטפל/ שם המכון	סוג הטיפול	תאריך הטיפול
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

הצהרה
3

אני מצהיר כי:

- לא קבלתי עבור הוצאה זו, תשלום או החזר כספי מכל גורם אחר המקנה זכאות למטרה זו ואין בכוונתי לפנות לקבלת תשלום או החזר כספי מגורם אחר.
- ידוע לי כי במידה ואקבל תשלום או החזר כספי מגורם אחר עבור אותה מטרה, יהיה עלי להחזיר את הסיוע במלואו או בחלקו לביטוח הלאומי, לרבות בדרך של קיזוז מהתגמול החודשי, בהתאם לתחשיב שיבוצע עבורי.

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת המבקש \* \_\_\_\_\_

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים וגברים כאחד