**נהלי טיפולים משלימים לילד המטופל במרכז מ.ט.ר.ה**

(טיפול רגשי/הידרותרפיה/ספורט טיפולי)

**הורים יקרים,**

מרכז מ.ט.ר.ה הינו מרכז טיפולי רב תחומי.

המרכז הינו ספק שירותים של כלל קופות החולים (בהתאם להסכם מול קופת החולים).

לידיעתכם, התהליך הטיפולי במרכז מ.ט.ר.ה כולל : מפגשי אבחון ,אינטייק מול הורים וטיפולים פרטניים .

המפגש הטיפולי מתקיים אחת לשבוע **ביום ובשעה** קבועים לתקופה המומלצת ומאושרת על ידי קופת החולים.

על מנת לאפשר תהליך טיפולי חיוני, יש צורך **בהתמדה ובהגעה סדירה לטיפול.**

אנו רואים בכם ,ההורים, שותפים חיוניים ביותר להצלחת הטיפול המקצועי הניתן על ידי צוות המרכז.

**כתובתנו:** רחוב דבורה עומר 14 חולון, בתוך מתחם בית הספר הרצפלד.

**חניה:** מחוץ למתחם (קיימת חניית נכים )

**שעות פעילות המרכז:**

ימים א-ה 8:00-20:00 יום ו 8:00-13:00

**קבלת קהל ומענה טלפוני :**

בין השעות 8:00-13:00, 16:00 -20:00

ימי ו 8:00-13:00

**דרכי התקשרות עם מזכירות המרכז:**

**טלפון: 03-5569693**

**פקס: 03-5590850**

**להלן כתובות המייל ומספרי הפקס של מזכירות התחומים:**

ליהיא סולומון, אחראית תחום הידרותרפיה ילדים, מייל: lihis@reh.co.il או בפקס למייל:1533-9680452

הילית בצלאל, אחראית תחום עבודה סוציאלית, מייל: hilitb@reh.co.il או בפקס למייל:1533-9680454

**על מנת שנוכל להעניק לילדכם טיפול מיטבי אנו זקוקים לשיתוף הפעולה שלכם והקפדתכם על הנהלים הבאים:**

1. על כל היעדרות מטיפול, הנכם מתבקשים להודיע למטפל ולמזכירות המרכז מבעוד מועד, ולא יאוחר **מהשעה 18:00 בערב הקודם למועד הטיפול.**

אי הגעה לטיפול ללא הודעה מוקדמת תחייב גביית קנס על סך 50 שח.

 הודעה על הביטול יש להשאיר באחד מאמצעי ההתקשרות המפורטים מעלה.

1. עקביות ורצף הגעה לטיפול הינם תנאים הכרחיים להצלחת הטיפול.

לאור זאת, במקרה של היעדרות מעל **2 טיפולים ברבעון** ,הטיפול במרכז יופסק לאלתר.

1. טיפולים רגשיים במרכז מ.ט.ר.ה : **יינתנו לתושבי חולון בלבד, ימשכו לכל היותר 10 חודשים ברצף.**
2. יש לדאוג לתשלום כספי / העברת **התחייבויות (טופס 17)** **תקפות** מקופת החולים בתחילת כל חודש **(עד ה-5 לחודש)** בעבור הטיפולים המתקיימים באותו החודש, **אי תשלום בזמן לא יאפשר כניסה לטיפול**.
3. ההורים אחראים למעקב על מכסת הטיפולים המאושרת על ידי קופות החולים ובאחריותם לבדוק זכאות לטיפולים מול קופת החולים. למרכז אין כל גישה לנתונים אלו.

לידיעתכם,

* מרכז מ.ט.ר.ה מחויב לסטנדרטים אתיים ומתחייב לשמור על חשאיות רפואית.
* מרכז מטרה הינו ספק של קופות החולים, במידה וקופת החולים תדרוש העברת מידע מכל סוג אודות מבוטח שלה ,מרכז מ.ט.ר.ה מחויב להעביר החומר אשר ברשותו.
* מרכז מ.ט.ר.ה הינו מרכז ציבורי רב מקצועי .במרכז מתקיימים באופן תדיר דיוני צוותים והדרכות מקצועיות אודות מטופלים.

**אנו מאמינים כי הצלחת הטיפול, תלויה בעבודתנו המשותפת .**

**בברכה,**

**צוות מרכז מ.ט.ר.ה**

 **קראתי והבנתי את הכתוב במסמך זה.**

**שם הילד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\*\* במקרה של הורים גרושים/פרודים על שני ההורים לחתום על מסמך זה.**

**שם האב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם האם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**חתימת האב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת האם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**מייל ליצירת קשר ולשליחת דואר פרסומי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**