

**Tedavi Masraf Talep Formu Açıklamaları**

**Tedavi Masrafı Talep Formu;**

Medikal bölümünün Doktor tarafından imzalı ve kaşeli şekilde, diğer bölümler ise üye tarafından

doldurulup Vakfımıza iletilmesi gerekmektedir.

 Bu formun doldurulmasında fatura ekinde gönderilmesi gereken aşağıdaki belgeler eksiksiz olduğu

 takdirde belirtilen banka hesabına ödeme yapılacaktır.

**Tedavi Masraf Talep Formuna Eklenmesi Gereken Belgeler**

**Fatura:** Fatura gönderimlerinde **fatura asılları** talep edilmektedir. Fatura içerisinde birden

fazla işlem bulunmaktaysa fatura üzerinde belirtilmeli veya ayrıntılı hizmet dökümü

ek olarak gönderilmelidir.

**Tahlil – Tetkik Faturalarında:** Doktor tarafından teşhisi yazılmış **kaşe –imzalı istem kağıdı**

yapılan tüm tetkiklerin sonuçlarının fotokopisi gönderilmelidir.

**İlaç :** **Reçete ve ilaç küpürlerinin asılları** ile raporlu ilaç kullanımlarında doktor kaşe imzalı

**rapor bilgisi** talep edilmektedir. Reçete bedellerinde kasa fişi de kabul edilmektedir.

**Optik :** Hasta adına düzenlenmiş fatura ile birlikte **doktor reçetesi** gönderilmelidir.

**Yatışlarda:** Epikriz raporu, ameliyat raporu, anestezi formu, patoloji sonucu ve diğer tetkik

sonuçları ve faturanın ayrıntılı dökümleri gönderilmelidir.

**Yol Ücretlerinde:** Üyelerimizin ikamet ettiği yerden farklı bir ildeki sağlık kurumuna sevk

edilmesi durumunda kurumdan aldığı sevk kağıdını sevk edildiği diğer kuruma da

onaylatması gerekmektedir.

 Ücretin ödenebilmesi için hizmet aldığı tarihteki **otobüs biletleri veya özel hususi araç** ile

 gidişlerde benzin faturasının gönderilmesi halinde işleme alınmaktadır ayrıca benzin faturaları

 gönderildiği zaman rayiç bedel yazısı da talep edilmektedir.

**Diş Tedavilerinde:** Hasta adına düzenlenmiş fatura ile birlikte dişe yapılacak işlemleri

belirten tedavi dökümü ve diş onay bilgisi,diş röntgeni..vb belgeler gönderilmelidir.

 **Hesap Bilgisi:** Üyelerimizin tedavi masrafı talep formuna muhakkak güncel ve kendilerine

 ait olan hesap numaralarını yazmaları gerekmektedir.

 **Başka kişi ya da üyenin tayin ettiği anlaşmasız kuruma ödeme yapılmayacaktır.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.ZİRAAT BANKASI A.Ş. VE T.HALK BANKASI A.Ş. MENSUPLARI EMEKLİ VE YARDIM SANDIĞI VAKFI** | **Belgenin Düzenlendiği Tarih : ….... / …... / …….…..** |

|  |
| --- |
|  **Doktor ve Kurumlarda kulla TEDAVİ MASRAFI TALEP FORMU**  **(Anlaşmasız Doktor ve Kurumlarda kullanılacak)**  |
| **1** | **Vakıf Sicil No** |  |  |
| **2** | **Üyenin Adı Soyadı** |  | **Emekli Çalışan**  |
| **3** | **Hastanın Adı Soyadı** |  | **Kendisi Eşi Çocuğu Anne Baba** |
| **4** |  **T.C.Kimlik No** |  | **Cep No:** |
| **5** | **Çalıştığı Banka/Şube Birim Adı** |  | **E-posta** |
| **6** | **Ödemenin Yapılacağı Banka Şubesi ve Hesap No** |  | **Müşteri Numarası /Ek hesap Kodu :**  |
|  **IBAN NO :** |

|  |
| --- |
|  **MEDİKAL TEDAVİ BÖLÜMÜ (Doktor tarafından doldurulacak)** |
| **HASTANIN ŞİKAYETİ VE TANISI** | **DOKTOR KAŞE / İMZA** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Planlanan Tedavi :**  |
| **İstenen Tetkikler :** |

|  |
| --- |
|  **Gönderilen Tedavi Masrafı Belgeleri (Üye tarafından doldurulacak)en Tedavi Masrafı**  |
| **Tarih** | **Numara** | **Tutar** | **Açıklama** |
| **1-** |  |  |  |
| **2-** |  |  |  |
| **3-** |  |  |  |
| **4-** |  |  |  |
| **5-** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Toplam tutar** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **İşbu talep formunda verdiğin bilgilerin tam ve doğru olduğunu, gerekli görüldüğü takdirde T.C.Ziraat Bankası ve T.Halk Bankası A.Ş. Mensupları Emekli ve Yardım Sandığı Vakfı'nın ekteki belgeleri veren kurum veya hekim nezdinde her türlü bilgiyi almasına muvafakat ettiğimi ilişik belgelerde belirtilen tedavi masrafları tutarının ödenmesini kabul ve beyan ederim.**  |

 **Tarih: …./…./……** **ÜYENİN İMZASI** |

**VAKIFCA YAPILACAK İŞLEMLER**

|  |  |
| --- | --- |
| **Kesinti Miktarı** |  |
| **ÖDENECEK TUTAR** |  |