

**Tedavi Masraf Talep Formu Açıklamaları**

**Faturaların kısa sürede değerlendirilip hesabınıza aktarılabilmesi için, istenilen evraklar Vakfımıza eksiksiz bir şekilde kargo ile gönderilmelidir.**

Tedavi Masrafı Talep Formunda, “Medikal Tedavi Bölümünün” doktor tarafından (Doktor kaşe – imzalı), diğer bölümlerin ise üye tarafından (\* ile belirtilen) doldurulması gerekmektedir.

**Hesap Bilgisi**: Ödemeler Aktif üyelerimizin çalıştığı bankadaki güncel hesabına / Emekli üyelerimizin de maaş hesabına aktarılacaktır. Bu kapsamda güncel IBAN numaranızı belirtmeniz gerekmektedir.

**Tedavi Masraf Talep Formuna Eklenmesi Gereken Belgeler**

**Fatura:** Hasta adına düzenlenmiş **fatura asılları** talep edilmektedir. Fatura içerisinde birden fazla işlem var ise faturada belirtilmeli, fatura üzerinde “Sağlık Hizmet Bedeli” gibi genel bir ifade var ise, ayrıntılı hizmet dökümü ek olarak gönderilmelidir. (Her bir tetkike/işleme karşılık gelen bedelin gösterildiği çizelge, hastaneden fatura eşliğinde isteğiniz üzerine size verilecektir.)

**Önemli Not\*\* Kredi kartı nüshası, banka hesap ekstresi, yazar kasa fişi veya mali değeri olmayan belge ile ödeme yapılmamaktadır.**

**Tahlil – Tetkik Faturalarında:** Hasta adına düzenlenmiş fatura aslı, doktor kaşeli- imzalı ve tanılı istek formu ve yapılan tüm tetkiklerin sonuçları eklenilerek Vakfımıza kargo ile gönderilmelidir.

**İlaç :** **Reçete ve ilaç küpürlerinin asılları** ile birlikte, hasta adına yazılı fatura aslı veya yazar kasa fişi aslını ekleyerek **(Yazar kasa fişi kabulü sadece ilaç ödemelerinde geçerli olmak koşulu ile kabul edilmektedir)**, Vakfımıza kargo ile gönderilmelidir. Raporlu ilaç alımlarında raporun bir nüshası evrak eklerine eklenmelidir.

**Optik :** Hasta adına düzenlenmiş fatura aslı ile birlikte doktor kaşe-imzalı reçetesi Vakfımıza kargo ile gönderilmelidir.

**Hastane Yatışlarında:** Hasta adına düzenlenmiş fatura aslı, epikriz raporu, ameliyat raporu, anestezi formu, patoloji sonucu ve fatura üzerinde ameliyat işlemi dışında fatura edilen hizmetlere ait sonuçlar, ayrıntılı hizmet dökümü (Her bir tetkike/işleme karşılık gelen bedelin gösterildiği çizelge - hastaneden fatura eşliğinde isteğiniz üzerine size verilecektir) ile birlikte Vakfımıza kargo ile gönderilmelidir.

**Yol Ücretlerinde:** Üyelerimizin ikamet ettiği yerden farklı bir İldeki sağlık kurumuna sevk edilmesi durumunda, Kurumdan aldığı ıslak kaşe – imzalı sevk formunun aslını, sevk edildiği diğer kuruma da onaylatması gerekmektedir.

Ücretin ödenebilmesi için; **otobüs ile gidişlerde,** hizmet aldığı tarihteki otobüs bileti asıllarını, **özel hususi araç ile gidişlerde** ise ilgili tarihe ait akaryakıt fişi aslı ve rayiç bedel yazısının Vakfımıza kargo ile gönderilmesi halinde işleme alınmaktadır.

**Diş Tedavilerinde:** Hasta adına düzenlenmiş fatura ile birlikte dişe yapılacak işlemleri belirten tedavi dökümü ve diş onay bilgisi, diş röntgeni..vb belgeler gönderilmelidir.

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

|  |
| --- |
| **TEDAVİ MASRAFI TALEP FORMU** **(Anlaşmasız Doktor ve Kurumlarda kullanılacak)**  |
| **1** | **\* Vakıf Sicil No** |  | **\* T.C Kimlik No :** |
| **2** | **\* Üyenin Adı Soyadı** |  |
| **3** | **\* Hastanın Adı Soyadı** |  | **Kendisi Eşi Çocuğu Anne Baba****\***   |
| **4** | **\* Cep No**  |  | **\* E-posta :**  |
| **5** | **\* Çalıştığı Banka/Şube****Birim Adı** |  |
| **6** | **\* IBAN NO :** |  |
| **Faturaların kısa sürede değerlendirilip hesabınıza aktarılması için, fatura ve eklerin eksiksiz Vakfımıza gönderilmesi gerekmektedir.**  |

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

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

|  |
| --- |
| **Gönderilen Tedavi Masrafı Belgeleri (Üye tarafından doldurulacak)** |
| **Tarih** | **N**uma**ra** | **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** |  |