

**EK-5 Evrak Listesi - Provizyonu alınmış işlemlerle ilgili olarak fatura ile birlikte gönderilmesi gereken evrak listesi**

SIRA	YARDIM ÇEŞİDİ	GEREKLİ BELGELER
1	<b>GÖZLÜK ÇERÇEVESİ (UZAK VE YAKIN)</b>	Hasta Bilgi Formu Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura Reçete Fotokopisi
2	<b>KONTAKT LENS</b>	Hasta Bilgi Formu Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura Tıbbi endikasyonun zorunluluğunu belirten hekim raporu
3	<b>İŞİTME CİHAZI</b>	Hasta Bilgi Formu Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura Sağlık kurulu raporu
4	<b>DİŞ TEDAVİ YARDIMI</b>	Diş Tedavisi Talep Formu Tedavi öncesi ve sonrası diş röntgeni gereken işlemler (diş sayısına bakılmaksızın; implant tedavisi, protez, veneer kron, kanal tedavisi, ortodonti) (Sağlık Bakanlığı sevk ve idaresindeki Ağız Diş Sağlığı Merkezlerinde tedavi öncesi ve sonrası röntgen şartı aranmaz.) (Gebelik durumlarını, resmi rapor vermeye yetkili kurum doktorlarının düzenlediği rapor ile belgeleyen yararlanan ve aile bireylerinin ağız ve diş sağlığı tedavilerinde subgingival küretaj, kuafaj Gece plağı tedavisinde doktor kaşe ve imzalı endikasyon raporu (Faturada işlemin hangi çeneye yapıldığı belirtilmelidir) belirtilmelidir. röntgeni imzalı gereklilik raporu Ortodonti tedavisinde ön onay evrakları; (*Hekim tarafından düzenlenmiş kaşe ve imzalı gereklilik raporu (*Hekim tarafından düzenlenmiş tedavi planı (*Tedavi öncesi diş röntgeni (*Tedavinin biten ve faturalandırılan her aşaması için, hekimin düzenleyeceği tedavi planı ve biten aşamanın röntgeni İmplant tedavisinde ön onay evrakları ; (*Hekim tarafından düzenlenmiş kaşe ve imzalı gereklilik raporu (*Yapılacak tedavinin ve kullanılacak malzemenin proforma(ön) faturası (*Tedavi öncesi çekilen diş röntgeni
5	<b>ÖĞRETİM ÜYESİ MUAYENE ÜCRETİ (YRD.DOÇ. - DOÇ. - PROF.)</b>	Hasta Bilgi Formu Kişi adına düzenlenmiş fatura Hekimin ünvanını ve branşını belirten bir belge *Hastanın kronik hastalığı varsa buna ilişkin rapor

6	<b>AYAKTAN MUAYENE TAHLİL- TETKİK VE TEDAVİ</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
		Muayene veya konsülte eden hekimin ünvanını ve branşını belirten herhangi bir belge
		Yapılan tahlil ve tetkiklerin doktor kaşeli istem kağıdı
		Yapılan tahlil ve tetkiklerin sonuçları (Not : Hastanelerde muayene olunması ve bunun sonucunda istenen tahlil- tetkiklerde tetkik istem belgesi gerekmemektedir .Tahlil sonucu eklenmesi yeterlidir.Üniversite ve devlet hastanelerinde tahlil-tetkik sonuçları ve doktor istem kağıdına gerek duyulmamaktadır .)
7	<b>TÜP BEBEK</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
		İlgili branş hekim tıbbi gereklilik raporu
8	<b>STENT</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
		Uzman hekim raporu
9	<b>PAKET AMELİYAT / MEDİKAL YATIŞ</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
		Epikriz, konsültasyon raporları, hemşire takip formları, tetkik sonuçları vb.
10	<b>AMBULANS NAKİL HİZMETLERİ</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
		Ambulans hizmetinin acil veya nakil olduğunu belirten rapor
11	<b>SÜNNET</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
12	<b>ÖZEL AŞILAR</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
		Yapılan aşının fiyat küpürü
13	<b>EXCİMER LASER-I LASIK -CROSS LİNK-INTAKS</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
		Epikriz
14	<b>PROTEZ VE ORTEZ</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
		Protez ve ortezin çeşidine göre uzman hekim veya sağ.krl.raporu
15	<b>GÖZ PROTEZİ</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
		Sağlık kurulu raporu
16	<b>KAN UYUŞMAZLIĞI İĞNESİ</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura
		Kan Uyuşmazlığını belirten rapor + Fiyat küpürü
17	<b>DİYETİSYEN MUAYENESİ</b>	Hasta Bilgi Formu
		Yardım alacak kişinin adına düzenlenmiş ayrıntılı ve asıl fatura

