

Kurumunuz/Kuruluşunuz ile Sosyal Güvenlik Başkanlığı (SGK) arasında yaptığımız “Sözleşme “ ve “Sağlık Uygulama Tebliği” kapsamında ;

Talep ettiğim her türlü sağlık hizmeti (muayene,tetkik/tahlil,müdahale, vs..) için SGK tarafından ödenecek ücret dışında, Kurumunuzun/Kuruluşunuzun talep edeceği ilave ücretleri (farkları) (SUT) madde 1.9.1(1) uyarınca kabul ettiğimi, ödediğim ilave ücretlerin SGK tarafından tarafıma geri ödenmeyeceğini, bu amaçla SGK’ ya müracaat etmeyeceğimi ve böyle bir hakkımın olmadığını (madde 1.9.1(2) uyarınca kabul ve taahhüt ederim.

Ayrıca hak sahibi olduğuma dair belgelerin eksik kalması veya tamamlanamaması halinde Kurum/Kuruluşunuzdan alacağım tüm hizmetlerin bedelini cari fiyatlarınızdan ödemeyi kabul ve taahhüt ederim.

Tarih.../.../....

Hasta veya yakınının :

Adı,soyadı :

T.C No :

Tel :

Adresi :

İmza :

İlgili madde açıklamaları :

SUT 1.9.1. İlave Ücret Alınması

- ((Değişik: RG-18/03/2014-28945/4 md. Yürürlük: 17/01/2014)** Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca; Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilir.
- İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerceve/veya sağlık kurum/kuruluşlarınca Kurumdan talep edilemez.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.FR.03	04.04.2014	03	18.10.2016	1 / 1

Kurumunuz/Kuruluşunuz ile Sosyal Güvenlik Başkanlığı (SGK) arasında yaptığımız “Sözleşme “ ve “Sağlık Uygulama Tebliği” kapsamında ;

Talep ettiğim her türlü sağlık hizmeti (muayene,tetkik/tahlil,müdahale, vs..) için SGK tarafından ödenecek ücret dışında, Kurumunuzun/Kuruluşunuzun talep edeceği ilave ücretleri (farkları) (SUT) madde 1.9.1(1) uyarınca kabul ettiğimi, ödediğim ilave ücretlerin SGK tarafından tarafıma geri ödenmeyeceğini, bu amaçla SGK’ ya müracaat etmeyeceğimi ve böyle bir hakkımın olmadığını (madde 1.9.1(2) uyarınca kabul ve taahhüt ederim.

Ayrıca hak sahibi olduğuma dair belgelerin eksik kalması veya tamamlanamaması halinde Kurum/Kuruluşunuzdan alacağım tüm hizmetlerin bedelini cari fiyatlarınızdan ödemeyi kabul ve taahhüt ederim.

Tarih.../.../....

Hasta veya yakınının :

Adı,soyadı :

T.C No :

Tel :

Adresi :

İmza :

İlgili madde açıklamaları :

SUT 1.9.1. İlave Ücret Alınması

- ((Değişik: RG-18/03/2014-28945/4 md. Yürürlük: 17/01/2014)** Kurumla sözleşmeli; vakıf üniversiteleri ile özel sağlık kurum ve kuruluşlarınca; Kurumca belirlenen oranı geçmemek kaydıyla kişilerden ilave ücret alınabilir.
- İlave ücretler, genel sağlık sigortalıları veya bakmakla yükümlü olunan kişilerceve/veya sağlık kurum/kuruluşlarınca Kurumdan talep edilemez.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
HD.FR.03	04.04.2014	03	18.10.2016	1 / 1