



*KOÇ ÜNİVERSİTESİ GRUBU
KURUMSAL SAĞLIK SİGORTASI
KULLANIM KILAVUZU*

(01.10.2012-01.10.2013)



Değerli Sigortalımız,

01.10.2012 tarihinden itibaren Yapı Kredi Sigorta A.Ş. tarafından düzenlenen Kurumsal Sağlık Sigorta Poliçenizin kullanımına ilişkin genel bilgiler bu dokümanla bilgilerinize sunulmuştur. Poliçe kullanımınız süresince oluşabilecek sorularınız için aşağıdaki telefon numarasından Şirketimize ulaşabilirsiniz.

Sağlıklı ve mutlu günler dileriz.

Yapı Kredi Sigorta A.Ş.

**Yapı Kredi Sigorta Müşteri İletişim Merkezi
Tel: 0212 336 09 09**

BÖLÜM 1. SİGORTA UYGULAMALARI İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

Police Teminat İçeriği

Kurumsal Sağlık Sigortanız kapsamında oluşacak sağlık giderleriniz, poliçe teminat limiti ve yüzdesi ile poliçe özel ve genel şartları dahilinde karşılanacaktır. Bu nedenle sağlık giderlerinizin talebi öncesi mutlaka teminat bilgilerinin (Bölüm 2) incelenmesini önermekteyiz.

Anlaşmalı Sağlık Kurumları

Yapı Kredi Sigorta'nın yurt çapında anlaşma yapmış olduğu sayıları 2350' ye ulaşan sağlık kurumları (hastane, klinik, tanı merkezi, özel muayenehane, eczane) bulunmaktadır. Anlaşmalı kurumlarımızın güncel listesine aşağıdaki adresten ulaşabilirsiniz.

<http://www.yksigorta.com.tr>

Anlaşmalı sağlık kurumlarımız internet sayfamızda illere göre ayrılmaktadır. Bulmak istediğiniz ili harita üzerinden işaretleyerek ya da haritanın altında bulunan seçim kutusundan ilin adını seçerek anlaşmalı sağlık kurumlarına ulaşabilirsiniz. İl seçimini yaptıktan sonra ilçe ve kurum tipi seçebilir, Seçtiğiniz kriterler doğrultusunda anlaşmalı sağlık kurumlarımızın ad, adres, ilçe, telefon, kurum tipi ve grubu ile ilgili bilgiler karşınıza gelecektir. Anlaşmalı sağlık kurumlarımız kurum tiplerine göre hastane, ayakta tedavi merkezi, eczane, diş merkezi ve optik merkezi olarak ayrılmaktadırlar. Poliçeniz tüm anlaşmalı sağlık kurumlarımızı kapsadığı için listede belirtilen anlaşmalı sağlık kurumlarının tamamından sağlık hizmetinizi alabilirsiniz. (Ayrıca "Haritada Göster" butonu aracılığıyla ilgili kurumun yerini harita üzerinde de görebilirsiniz.)

Anlaşmalı hekimlerimizin güncel listesine aşağıda belirtilen adresten ulaşabilirsiniz.

<http://www.yksigorta.com.tr>

Anlaşmalı Hekim bilgilerine de anlaşmalı sağlık kurumları bilgilerine eriştiğiniz gibi harita üzerinden işaretleyerek ya da haritanın altında bulunan seçim kutusundan ilin adını seçerek erişebilirsiniz. İl seçimini yaptıktan sonra ilçe ve branş seçebilir, seçtiğiniz kriterler doğrultusunda anlaşmalı hekimlerimizin ad, adres, ilçe, telefon ve branş bilgilerine ulaşabilirsiniz. (Ayrıca "Haritada Göster" butonu aracılığıyla ilgili kurumun yerini harita üzerinde de görebilirsiniz.)

Anlaşmalı Sağlık Kurumlarındaki Uygulama Esasları

Anlaşmalı kurum ağımdan yararlanabilmeniz için sizlere, eş ve çocuklara da ayrı ayrı olmak üzere TELEMED24 kartları verilmektedir. TELEMED24 kartları, Yapı Kredi Sigorta'nın sigortalısı olduğunuzun göstergesidir. TELEMED24 kartınızın olmadığı durumlarda anlaşmalı sağlık kurumlarından hizmet alamamaktasınız. Bu nedenle ilgili kurumlara mutlaka TELEMED24 kartınız ve resimli kimlik kartınız ile başvurmalısınız. Ayrıca TELEMED24 kartları ayakta tedavilerinizde, anlaşmalı sağlık kurumlarımızda mevcut POS cihazlarından on-line ödeme onayı almak için kullanılacaktır. Anlaşmalı sağlık kurumlarını kullandığınızda, teminat altındaki tedavi giderlerinizin, varsa size düşen katılım payı dışındaki kısmı, Yapı Kredi Sigorta tarafından doğrudan kuruma ödenecektir.

Acil durumlar dışında, hastanede gerçekleşecek tedavi veya ameliyatlarınızdan en az 24 saat önce ekte örneği bulunan Bildirim Formunun (Ek:1 Bildirim Formu: Anlaşmalı Kurumlarda yatarak tedavi göreceğ veya operasyon geçirecek sigortalının ve işlemi gerçekleştirecek doktorun doldurması gereken formdur.) doldurulması ve ilgili sağlık kurumu tarafından Yapı Kredi Sigorta'ya gönderilerek ön onay alınması gerekmektedir. Anlaşmalı sağlık kurumlarında gerçekleşen yatış, ameliyat, küçük müdahale işlemlerinde, kurumla anlaşmalı olmayan doktor ücreti konusunda, 2.2.1. maddesinde anlatılan kısıtlar nedeniyle Yapı Kredi Sigorta'nın karşılamadığı bir fark oluşabilecektir.

Yapı Kredi Sigorta'nın anlaşmalı olduğu Muayenehane Hekimleri tarafından yapılan muayene bedelleri, doktor muayene teminat yüzdesi olmasına rağmen, %100'lü olarak karşılanacaktır. Muayene haricindeki işlemlerde, poliçenizdeki teminat yüzdelere göre provizyon işlemleri yürütülecektir.

Anlaşmalı Olmayan Sağlık Kurumlarındaki Uygulama Esasları

Anlaşmasız sağlık kurumlarını tercih etmeniz durumunda, ödemenin tamamının öncelikle sizin tarafınızdan yapılması gerekmektedir. Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen poliçe teminat ve limitleri kapsamındaki, **doktor muayene ve ilaç dışındaki** harcamalar için ödenebilir maksimum limitler bulunmaktadır. **Sağlık harcamalarınızda Türk Tabipler Birliği Asgari Ücret Tarifesi (TTB*)** esas alınacaktır. Tedavinizi gerçekleştiren sağlık kurumundan yapılacak işlemin cari fiyatlarının bu tarife değerlerinin altında olup olmadığı öğrenilebilir.

Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen giderlerin talep prosedürü, Bölüm 4'te açıklanmaktadır.

Acil Sağlık Durumları ve Ambulans Hizmeti

Yapı Kredi Sigorta TELEMED24 hattından (0212 336 09 11) 24 saat hizmet veren Alarm Merkezine ulaşarak, en kısa sürede Madde 2.2.3'te açıklanan ambulans hizmetinden yararlanabilirsiniz.

Alarm Merkezi, 24 saat boyunca acil tıbbi danışmanlık hizmeti de vermektedir

Önemli Hatırlatma :

*5549 sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun ve 09.01.2008 tarih ve 26751 sayılı R.G.'de yayımlanan Suç Gelirlerinin Aklanmasının ve Terörün Finansmanının Önlenmesine Dair Tedbirler Hakkında Yönetmelik gereğince Sigorta Şirketlerinin **20.000-TL ve üzeri sağlık gideri ödemelerinde** kimlik tespiti yapması yasal bir zorunluluktur. (www.masak.gov.tr) Bu zorunluluk gereğince kimlik tespitinin usulüne uygun yapılabilmesi için istenen bilgi ve belgelerin ödeme işleminden önce Şirketimize iletilmesi gerekmektedir*

(*) TTB Asgari Ücret Tarifesi : Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyinin 6023 sayılı yasasına dayanarak hekimlerin muayene/tedavi/tetkik için almaları gereken, asgari ücretleri saptama amacıyla düzenlenmiş birimler listesidir. Ücretlendirme, belirlenen birimlerin ilgili ilin tabip odalarının belirlenen ve dönemsel olarak değişen katsayı ile çarpımına KDV eklenerek yapılır. TTB birimleri, işlem gerçekleştikten sonra iletilecek raporlarla veya işlem öncesi işlemi gerçekleştirecek doktor tarafından hesaplanabilir.

BÖLÜM 2. TEMİNATLAR

Kurumsal Sağlık Sigorta Poliçenizde yer alan teminatların içeriği aşağıda detaylandırılmıştır.

2.1. Teminat Tablosu

TEMİNATLAR	AÇIKLAMA	TEMİNAT LİMİTLERİ (TL)	(%)
Hastane Hizmetleri Paketi (Yurtiçi ve Yurtdışı) <i>Ameliyat</i> <i>Yoğun Bakım</i> <i>Oda - Yemek - Refakatçi</i> <i>Doktor Takibi</i> <i>İlaç (Yatarak)</i>	Yıllık	15.000	100%
Küçük Müdahale	Yıllık	1.000	80%
Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz	Yıllık	4.500	100%
Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz için tetkik	Yıllık	2.400	100%
Koroner Anjiyografi	Yıllık	15.000	100%
Fizik Tedavi / Rehabilitasyon	Yıllık	1.000	100%
Evde Bakım	Yıllık - 8 Hafta	Hastane Hizmetleri Paketinden	100%
Suni Uzuv	Hastalık Başına	4.500	80%
Yardımcı Tıbbi Malzeme	Yıllık	1.200	80%
Kara Ambulansı	Yıllık	Limitsiz	100%
Ayakta Tedavi Paketi <i>Doktor Muayene</i> <i>İlaç</i> <i>Teşhis Yöntemleri</i> <i>Fizik Tedavi*</i>	Yıllık	1.500	80%

Yukarıda belirtilen teminat limitleri sigorta kapsamındaki her aile bireyi için ayrı ayrı geçerli olup, aile bireylerinin kendi teminatları dışında diğer aile bireyinin teminatını kullanması mümkün değildir. Ayrıca sigortalı olmayan kişilerin harcamaları da sigortalı adına fatura edilerek, sağlık sigortasından talep edilemez. Sigortalıların gerçekleşen kendi harcamaları dışında, poliçenin yanlış bir kullanımı durumunda, Sigortacı sigortalı ve ailesini poliçe kapsamından çıkartma, haksız şekilde ödenmiş sağlık gideri varsa geri alma hakkına sahiptir.

2.2. Teminat Açıklamaları

Teminatlarınız ve varsa kişiye özel kapsam dışı tutulan durumlar (muafiyetler), gönderilen sertifikalarda yer almaktadır. Kurumsal Sağlık Sigortası poliçesinin ayrılmaz bir parçası olan **Kurumsal Sağlık Sigortası Özel Şartları**'nın aslı firmanızın ilgili departmanında bulunmaktadır. Aşağıdaki açıklamalar sözkonusu şartların özeti niteliğinde olup bilgi amaçlıdır ve 01.10.2012 - 01.10.2013 döneminde yürürlükte olan poliçe için geçerlidir.

2.2.1- YURT İÇİ HASTANE HİZMETLERİ

2.2.1.1- Teminat İçeriği

- Hastanede yatışın tıbben gerekli olduğu ve doktorun yatış nedenini ayrıntılı raporuyla belirttiği tedaviler veya sigortalının hastaneye başvurmasına neden olan acil sağlık durumunun (hayati bir tehlikeye neden olabilecek rahatsızlık belirtileri) teşhisine yönelik işlemler.
- Hastanede yatarak tedavi sırasında gerçekleşen; hastane odası (suit oda hariç), yemek, refakatçi, doktor, ilaç, teşhis yöntemleri (tahlil, röntgen vb.), ameliyathane, operatör, asistan, anestezi, hemşire (özel hemşire hariç), yoğun bakım, her türlü sarf edilen malzeme giderleri
- Genel veya lokal anestezi ile yataklı sağlık kurumlarında gerçekleşen ameliyatlara. (TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde 100 birimin üzerinde belirtilen ameliyatlara)
- Yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olduklarına bakılmaksızın koroner angiografi ve böbrek taşı kırma (ESWL) giderleri ve bunların uygulanmasının anestezi ve doktor ücreti giderleri (sigortalının ilk yılında karşılanmamaktadır.)
- Ameliyat için zorunlu protezler (kalp kapağı, kalça protezi vb.).
- Kaza sonucu oluşan ve kaza raporunun ibraz edildiği durumlarda, diş ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen diş, çene ve ağız kısmındaki her türlü tedavi.
- Sigortalı bilmiyor olsa veya bu rahatsızlıkla ilgili tanı poliçe başlangıcından önce konulmamış olsa dahi gelişimi sigortalılık öncesine dayanan rahatsızlıklar için bu teminat, ilk kez sigorta kapsamına alınan kişiler için sigorta başlangıç tarihinden 6 ay sonra başlar,

2.2.1.2- Teminat Limiti

- TELEMED24 Hizmet ağına dahil anlaşmalı sağlık kurumlarımızda gerçekleşen giderler **15.000 TL limite %100'lü** olarak karşılanır. Ancak anlaşmalı sağlık kurumlarında kadrolu olmayan doktor ücreti, sağlık hizmetinin sunulduğu bölgede yürürlükte olan genel seviyeyi ve her durumda TTB Asgari Ücret Tarifesi'nin iki katını aşamaz.
- Anlaşmasız sağlık kurumlarımızda ameliyathanede gerçekleşen hizmet bedeli karşılığı doktor ücretleri TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlı iken ameliyathanedeki diğer tüm masraflar makul giderler tanımı doğrultusunda karşılanır. Bunların dışındaki her türlü gider ise (ameliyat öncesi ve sonrası durumlarda ve ameliyatsız yatışlardaki doktor, teşhis, ilaç, sarf malzemeleri, hastane yatak, yoğun bakım, yemek, refakatçi giderleri ve benzeri giderler) günlük 300.- TL limite kadar karşılanır.
- Sigortalının yatarak tedavi sonrasında tedavisini yürüten doktor tarafından evde uygulanması istenen bakım planının, sigortalının hastaneden taburcu olurken Yapı Kredi Sigorta A.Ş.'ye gönderilmesi ve bakım planının Yapı Kredi Sigorta A.Ş. tarafından onaylanması şartıyla; taburcu olunan tarihten itibaren oluşan tedavi giderleri Evde Bakım Teminatı **kapsamında yılda 8 hafta ile sınırlı olmak üzere Hastane Hizmetleri Paketi limitinden (yıllık 15.000 TL %100) düşülerek %100'lü olarak karşılanır.**
- Kaza Sonucu oluşan diş ve ağız yaralanmalarında, diş hekimi ve çene cerrahları tarafından gerçekleştirilen diş, çene ve ağız kısmındaki her türlü tedavi, resmi kurumlarca düzenlenmiş

kaza raporunun ibraz edildiği durumlarda, Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatı kapsamında karşılanır.

- Sigorta yılı içinde teminat altına alınan hastanede yatış süresi 180 gün olup, yoğun bakımda yatış süresi bu süre içinde 90 gün ile sınırlıdır.
- Sigortalının hastaneye başvurmasını gerektiren acil sağlık durumunun (hayati bir tehlikeye neden olabilecek rahatsızlık belirtileri) teşhisine yönelik giderler Hastane Hizmetleri Teminatı kapsamında % 80' li olarak karşılanır.
- Yurt dışında gerçekleşen Yatarak Tedavi Paketi kapsamındaki gerçekleşen sağlık giderleri ilgili teminatın sertifikada belirtilen limit ve ödeme yüzdesi doğrultusunda karşılanır.

2.2.1.3- Dikkat Edilmesi Gereken Konular

- Acil sağlık durumları dışında ameliyat ve diğer hastane yatışlarında, tedavinin kapsama girip girmediğini öğrenmek için, en az 24 saat önce sigortalının ve doktorunun doldurduğu bildirim formu (Ek.1) Yapı Kredi Sigorta'ya iletilmelidir.
- Tedavinin gerçekleşeceği kurumun anlaşmalı sağlık kurumu, doktorun bu hastanenin kadrolu doktoru olup olmadığı kontrol edilmelidir. Aksi durumda 2.2.1.2 maddesinde anlatılan kısıtlar nedeniyle Yapı Kredi Sigorta'nın karşılamadığı bir fark oluşabilecektir.
- Herhangi bir acil sağlık durumu olmaksızın, sigortalının hastanede yatarak yaptıracığı tanı işlemleri teşhis yöntemleri teminatından karşılanır.
- İngilizce dışında yabancı bir dilde düzenlenmiş ödemelerde, gerekli her türlü belgenin noter tasdikli tercümesi gereklidir.
- Yurt dışında gerçekleşen ilgili giderler, Sigortacının ödeme tarihindeki T.C.M.B. efektif satış kuru esas alınarak TL olarak karşılanmaktadır. İlgili ülke parasının T.C.M.B. karşılığının olmaması halinde ödeme, ABD Doları çapraz kuru üzerinden yine TL olarak yapılacaktır.

Yatarak tedavi kapsamındaki sağlık giderleri yurt dışında ve yurt içinde yıllık toplam 15.000 TL limitle %100'lü olarak karşılanır.

2.2.3- AMBULANS

Kara Ambulansı :

- Herhangi bir rahatsızlık veya yaralanmanın, tıbben hayati tehlike ile karşı karşıya kalınmasına yol açacak acil bir durum nedeniyle en yakın sağlık kurumuna ulaştırılması için yapılacak kara ambulansı temini Yapı Kredi Sigorta Alarm Merkezi Hizmeti (TELEMED24 Hattı) dahilinde sadece yurt içinde geçerli olmak üzere bu teminat kapsamında karşılanır.
- Karşılaşılabileceğiniz acil sağlık durumlarında, 24 saat hizmet veren Yapı Kredi Sigorta Alarm Merkezine aşağıda belirtilen telefondan ulaşarak, ücretsiz ambulans hizmetinden yararlanabilirsiniz.

TELEMED24 Hattı 0212 336 09 11

2.2.4- FİZİK TEDAVİ (HHT) TEMİNATI:

- Poliçe özel ve genel şartlarına uygun olarak karşılanan ameliyat ve yoğun bakım gerektiren tedaviden sonra iki ay içerisinde başlayan ve tedaviyi tamamlayıcı nitelikteki fizik tedavi giderleri; ayakta ve yatarak gerçekleşmiş olmalarına bakılmaksızın, poliçede tanımlı **Fizik**

Tedavi ve Rehabilitasyon Teminatı kapsamında yıllık 1.000-TL limitle %100'lü olarak karşılanır. TELEMED24 hizmet ağı dışındaki sağlık kurumlarında TTB asgari ücret tarifesi ile sınırlıdır.)

- Diğer fizik tedavi giderleri, poliçede tanımlı Fizik Tedavi Teminatı'nın limiti ve ödeme yüzdesi doğrultusunda karşılanır. Telem24 hizmet ağı dışındaki sağlık kurumlarında gerçekleşen bu teminat kapsamındaki giderler, TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlıdır.
- Yurt dışında gerçekleşen Fizik Tedavi (HHT) kapsamında gerçekleşen sağlık giderleri giderleri ilgili teminatın sertifikada belirtilen limit ve ödeme yüzdesi doğrultusunda karşılanır.

2.2.5-SUNİ UZUV TEMİNATI:

- Sigorta başlangıç tarihinden sonra kaza sonucu ortaya çıkan bir durumun gerektirmesi durumunda, resmi kurumlarca düzenlenmiş kaza raporunun ibraz edilmesi şartıyla, **sunî uzuv (göz, el, kol, bacak) giderleri hastalık başına 4.500-TL limitle %80'li** olarak karşılanır.
- Yurt dışında gerçekleşen Suni Uzuv Teminatı kapsamında gerçekleşen sağlık giderleri giderleri ilgili teminatın sertifikada belirtilen limit ve ödeme yüzdesi doğrultusunda karşılanır.

2.2.6- KEMOTERAPİ, RAYOTERAPİ, DİYALİZ TEMİNATI:

- Yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olduklarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi, diyaliz giderleri ve bunların uygulanmasının anestezi ve doktor ücreti giderleri (sigortanın ilk yılında karşılanamamaktadır.) Kemoterapi, radyoterapi, dializ vb. tedavilerin komplikasyonlarını engelleme amaçlı ilaçlar ilaç teminatından, hastalığın seyrini araştırmak için yapılan tetkikler teşhis yöntemleri teminatından karşılanır.
- Yatarak veya ayakta gerçekleşmiş olduklarına bakılmaksızın kemoterapi, radyoterapi ve diyaliz giderleri ve bunların uygulanmasının anestezi ve doktor ücreti giderleri yıllık **4.500 TL limitle %100'lü** olarak karşılanır.
- Yurt dışında gerçekleşen Kemoterapi, Radyoterap, Diyaliz Teminatı kapsamında gerçekleşen sağlık giderleri giderleri ilgili teminatın sertifikada belirtilen limit ve ödeme yüzdesi doğrultusunda karşılanır.

2.2.7- KEMOTERAPİ, RAYOTERAPİ, DİYALİZ TETKİK TEMİNATI:

- Kemoterapi ve/veya radyoterapi ile dializ tedavilerinin planlanması ve takibi için gerekli olan tahlil, röntgen ile ileri tanı yöntemleri ile ilgili giderler ayakta ya da yatarak olmasına bakılmaksızın Kemoterapi, Radyoterapi, Diyaliz için Tetkik Teminatı kapsamında yıllık **2.400-TL limitle %100'lü** olarak karşılanır. Belirtilen giderlerin isbu teminat limitini aşması halinde asan kısım Ayakta Tedavi teminatının poliçede belirtilen limit ve ödeme yüzdesi dahilinde karşılanır.
- Yurt dışında gerçekleşen Kemoterapi, Radyoterap, Diyaliz Tetkik Teminatı kapsamında gerçekleşen sağlık giderleri ilgili teminatın sertifikada belirtilen limit ve ödeme yüzdesi doğrultusunda karşılanır.

2.2.8- KÜÇÜK MÜDAHALE TEMİNATI

- TTB Asgari Ücret Tarifesi'nde küçük ameliyat olarak belirtilen (100 birim dahil) "Cerrahi Girişimler" (bir cilt kesisi yapılarak uygulanan tedaviler) ve aşağıda belirtilen işlemler küçük müdahale teminat poliçede belirtilen limit ve yüzdesi ile geçerlidir.

- Kırık redüksiyonları, alçı uygulaması, yabancı cisim çıkarılması, burun tamponu uygulama ve tam lezyon eksizyonu, elektrokoterizasyon, kriyoterapi, tırnak çekilmesi, abse hematoma drenajı, mide yıkama, yanık debridmanı ve pansumanı, servikal koterizasyon vb. giderler, yatarak veya ayakta gerçekleştirilmiş olması ve uygulanan anestezinin türüne bakılmaksızın bu teminat kapsamında karşılanır.
- Kısa süreli tıbbi tedavilere (gözlem, müşahade) ait sağlık giderleri bu teminat içinde değerlendirilir.
- Küçük Müdahale Teminatı kapsamında yapılacak işlemlerde girişim sırasında kullanılacak malzeme/ilaç, ameliyathane (preop kan tahlili bu kapsamdadır.) ve operatör ücretleri, poliçede belirtilen bu teminat kapsamında karşılanır.

2.2.8- AYAKTA TEDAVİ TEMİNATLARI : (Doktor Muayene , İlaç, Teşhis Yöntemleri)

- Ayakta Tedavi Paketi (Doktor Muayene, İlaç, Teşhis Yöntemleri) giderleri poliçede belirtilen teminat limiti ve teminat yüzdesi ile karşılanır.

2.2.8.1- Teminatların İçeriği

- T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından çalışma ruhsatı verilmiş hastane ve kliniklerde görevli veya özel muayenehane açmaya ehliyetli doktorlarca yapılacak muayenelere ait giderler,
- T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış ilaçlara ait giderler ve alerji aşılı dışındaki tüm koruyucu aşılı karşılanmaktadır.
- Teşhis ve tedavi için tıbben gerekli görülen ve doktorun sevk pusulasında belirttiği her türlü biopsi, tahlil, röntgen, ürografi, ultrasonografi, EEG, EMG, anjiyografi (koroner anjiyografi ve beyin anjiyografi hariç), tomografi, magnetik rezonans, nükleer tıp ve sintigrafiler (galyum, talyum vb.), endoskopik işlemler (gastroskopi, sistoskopi, bronkoskopi, mediastinoskopi vb.), iştme testi, polisomnografi, probe küretaj, fraksiyone küretaj ve tedavi amaçlı da olsa dilatasyonlu küretaj vb. giderler ile bu teşhis yöntemlerinin uygulanmasının gerektirdiği ilaç, anestezi, doktor ücreti giderleri. (Herhangi bir acil sağlık durumu olmaksızın, hastanede yatarak yapılan tanı işlemleri, bu teminat kapsamında karşılanır.)

2.2.8.2- Teminatların Limiti

- Ayakta tedavi giderleri, sertifikalarda belirtilen limitler dahilinde karşılanır.
- T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış ilaçlara ait giderler reçete ile belgelenmek kaydıyla reçete ilişkisinde fatura veya kasa fişi ile barkod /karekod tutarı kadar poliçede yazılı beher reçete limiti teminat yüzdesi ile poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.
- Ayakta tedavi kapsamında ilaç giderleri, doktor reçetesinde belirtilen her bir ilaç için en fazla 30 günlük tedavi dozu ile sınırlı olmak üzere karşılanır. Sürekli kullanımı doktor tarafından uygun görülen ilaçlara ilişkin giderler ise sigortalının bu durum için aldığı doktor raporunu Yapı Kredi Sigorta'ya ileterek onayını poliçede belirtilen limit ve teminat yüzdesi dahilinde ve 90 günlük tedavi dozu ile sınırlı karşılanmaktadır. Aynı reçete tarihini takip eden en geç 14 gün içinde alınan ve poliçe süresi ile uyumlu dozdaki ilaçlar teminat dahilinde karşılanmaktadır. Aynı hastalıkla ilgili tek bir muayene için alınan reçeteler bölünemez.
- Türkiye'de muadili olmayan ve yurtdışından getirilen ilaçların giderleri poliçe özel ve genel şartları dahilinde ödenir.

- Kemoterapi ve diyaliz tedavisi sonrası gelişen derin anemileri düzeltme amaçlı kullanılan eritropoetin (eprex vb.) özellikli ilaçlar da bu teminat kapsamındadır.
- Alerji aşılı dışındaki tüm koruyucu aşılı tıbbi zorunluluk ve kullanılması gereken doza kadar ilaç teminatı kapsamında teminat limiti ve yüzdesi oranında karşılanmaktadır.
- Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen giderlerde (doktor ve ilaç hariç) TTB Asgari Ücret Tarifesi üzerinden işlem yapılır.
- Doktor muayene giderleri, sertifikalarda belirtilen katılım oranı dahilinde karşılanmakta iken, Yapı Kredi Sigorta'nın anlaşmalı olduğu muayenehanelerdeki doktorlar tarafından yapılacak muayene giderleri %100'lü karşılanmaktadır. Muayene haricindeki işlemlerde, poliçedeki teminat yüzdelere göre değerlendirilecektir.
- Yurt dışında gerçekleşen Ayakta Tedavi Paketi (doktor muayene, teşhis yöntemleri) teminatları kapsamındaki sağlık giderleri ilgili teminatın sertifikada belirtilen limit ve ödeme yüzdesi doğrultusunda karşılanır. (İlaç teminatı sadece yurtiçinde geçerlidir.)

2.2.8.3- Dikkat Edilmesi Gereken Konular

- Doktor muayene faturalarında mutlaka doktor kaşesi ve doktor branşı bulunmalıdır. Aksi durumda faturalar iade edilecektir.
- Maliye Bakanlığı tarafından yapılan bir yasal düzenleme gereği Hekimlerin özel doktor muayenehanelerinde, kredi kartı ile yapılan ödemelerde düzenlenen POS sliplerinin "Serbest Meslek Makbuzu" olarak kabul edilmesine başlanmıştır. Bu uygulama değişikliği nedeniyle ilgili belgenin Yapı Kredi Sigorta tarafından değerlendirilebilmesi için Kredi Kartı ile Yapılan Ödemelerde Doktor Muayene Tazminat Talep Formun ilgili hekim tarafından doldurulması ve POS slihi ile beraber Yapı Kredi Sigorta'ya iletilmesi gerekmektedir.
- Diş doktoru muayene faturaları kapsam dışıdır.
- Lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayene giderleri karşılanmamaktadır.
- İlaç ve koruyucu aşı giderleri talep edilirken reçete ile fatura veya fiş aslı ve ilaç küpürü gönderilmelidir.
- İş yeri hekiminin eş ve çocuklar için yazdığı ilaçlar karşılanmaz.
- Tahlil faturalarına, yapılan tahlillerin sonucunu gösteren raporun bir kopyası, röntgen vb. tetkiklerin faturalarına da yapılan tetkiklerin yazılı sonuç raporu eklenmelidir.
- Sigortalının hastanede tedavi görmesini gerektiren durumların gereği olanlar dışında, hastanede yatarak yaptıracağı yukarıda belirtilen tanı işlemleri de bu teminat kapsamında değerlendirilir
- **Genel sağlık kontrolü (check-up giderleri) teminat kapsamı dışındadır.** Doktorun herhangi bir rahatsızlığın araştırılması için istediği tetkik ve tanı işlemlerinde bu rahatsızlıkla ilgili olmayan geniş kapsamlı incelemeler de genel sağlık kontrolü olarak değerlendirilmektedir. (Tarama amaçlı olarak yapılan Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT teminat kapsamı dışındadır.)
- Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleştirilen işlemler (doktor ve ilaç hariç) TTB Asgari Ücret Tarifesi ile sınırlıdır.

- Türk Tabipleri Birliği görüşü doğrultusunda, ilk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10. güne kadar yapılan muayeneler kontrol muayenesi olup, ücret talep edilmemesi gerekmektedir. Bu nedenle bu şekilde faturalandırılmış kontrol muayene giderleri karşılanamamaktadır.

2.2.9- FİZİK TEDAVİ TEMİNATI

- Ameliyat veya yoğun bakım sonrası fizik tedavi giderleri dışında (Madde 2.2.1.2'de açıklanan), ayakta veya yatarak gerçekleşmiş olduklarına bakılmaksızın tüm fizik tedavi giderleri sertifikalarda belirtilen limit ve katılım oranı dahilinde karşılanır. (Yurt dışında geçerlidir.)
- Fizik Tedavi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR, tomografi, ultrason vb.) mutlaka gönderilmelidir. Ayrıntılı doktor raporu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü) gönderilmelidir.

2.2.10-TIBBİ MALZEME :

- Yurt İçi Hastane Hizmetleri Teminatında belirtilen durumlar dışındaki her türlü protez, protez tamirleri, ortopedik tabanlık, atel, korse, boyunluk, dizlik, askı, tekerlekli iskemle, holter cihazı; Tıbbi Malzeme Teminatı kapsamında **yıllık 1.200-TL limitle %80'li** olarak karşılanır. (Yurt dışında geçerlidir.)

BÖLÜM 3. TEMİNAT DIŞI SAğLIK GİDERLERİ

Aşağıda sayılan haller, tedaviler ve giderler bu poliçede sigorta teminatının dışında tutulmuştur.

1. Sağlık Sigortası Genel şartları Madde 2/a, b, c, d, e, f, g, h'de belirtilen haller teminat kapsamı dışındadır. Madde 3/a'da istisna olarak belirtilen deprem, sel, yanardağ püskürmesi ve yer kayması sonucu oluşan tedavi giderleri ise 1.000 TL muafiyetle poliçe teminatları dahilinde ödenecektir.
2. Resmen ilan edilmiş olan salgın hastalıklar ve karantina.
3. Küretaj, infertilite, sterilite (kısırlık), düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanması ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri (tüp bebek, follikül takibi, serklaj, mikroenjeksiyon, tuboplasti v.b) histerosalpingografi (HSG), spermioqram, adhezyolizis, iktidarsızlık, cinsel işlev bozuklukları ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez dahil) ve tüm aile planlaması yöntemi (hap, kondom vb.) giderleri.
4. AIDS ve AIDS'e bağlı hastalıkların tedavileri, zührevi hastalık tedavileri.
5. Çocuk bakımı, her türlü çocuk maması, oral beslenme ürünleri, çocuk bezi, biberon, emzik vb. çocukla ilgili sarf malzemeleri, her türlü sünnet giderleri (Phimosis).
6. Her türlü estetik ve kozmetik amaçlı girişimler (kaza sonucu olanlar hariç) ve aynı seansta estetik işlemlerle birlikte yapılan diğer girişimler, telenjektazi, cilt hemanjiomlarına yönelik tedaviler, jinekomasti, cinsiyet değiştirme ile ilgili ameliyat ve tedaviler, refraksiyon kusurlarına yönelik müdahaleler (miyopi vb.) ile müdahale öncesi ve sonrasında kullanılan ilaçların giderleri, şaşılık, görme tembelliği, ses ve konuşma terapileri yüzeysel varis tedavisi (skleroterapi), alerji aşıları, bağışıklık sistemini güçlendirmeye ilgili rutin dışı aşı ve ilaçlar, akupunktur, ayurveda, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, aromaterapi, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, deri kurummasını ve terlemesini önleyen ürünler, kaplıca kürleri, çamur banyoları, şifa kürleri, saç dökülmesi ile ilgili tetkik, tedavi ve ilaç giderleri, obesite ve aşırı zayıflık ile ilgili tetkik ve tedaviler (ilaç, diyetisyen ve yağ kitle ölçüm testleri dahil), anorexia, sigarayı bırakma ile ilgili tetkik ve tedaviler, masaj, diyet, jimnastik salonları, zayıflama merkezleri vb. konularla ilgili giderler ile estetik ve güzellik merkezleri, ayak bakım merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri, lens ve optik merkezlerinde yapılan göz muayeneleri giderleri.

7. Genel ve kişisel hijyene yönelik malzeme ve aparatlar, ilaç niteliği taşımayan kozmetik ürünler, alkol, kolonya, her türlü sabun-şampuan-saç solüsyonu, diş macunu, hidrofil pamuk, termometre, şeker ölçme stikleri ve kartuşları, buz kesesi, sıcak su torbası v.b., yardımcı tıbbi malzemeler, suni tatlandırıcı, gözlük camı ve çerçevesi, kontakt lens, lens solüsyonları, nemlendirici amaçlı ürünler ile ilgili giderler.

8. Alkol zehirlenmesi, alkolizm, alkol kullanımı sonucu doğan rahatsızlıklar ve kazalar, eroin, morfin veya benzeri uyuşturucuların kullanılması ve yoksunluk sendromu sonucu oluşabilecek her türlü giderler.

9. Sigortacıya sigortalanırken bildirilmiş olsa bile poliçe öncesi varolan maluliyet veya hastalığın gerektirdiği ameliyat veya tedavi ile ilgili giderler ile tüm nüks ve komplikasyonları, sigortalılık öncesinde uygulanan ameliyatların tüm komplikasyonları (insizyonel herni, adhezyon, nüksler vb.) periyodik olarak devamlılık gösteren hastalıklar, motor ve mental gelişim bozukluğu, büyüme ve gelişme geriliği ile ilgili tüm giderler, doğumsal anomaliler, genetik bozukluklar, genetik hastalıklar ve genetik testler ile ilgili her türlü giderler.

(Özel Şartların Madde 5 Sigortaya Kabul Yapı Kredi Sigorta Bebeği bölümünde tanımlandığı şekilde poliçeye eklenmiş çocuklar ile Özel Şartların 8.maddesinde tanımlandığı şekilde Yenileme Garantisi verilmiş sigortalılara tanınan ayrıcalık dışında; ileri yaşta ortaya çıksa dahi, tüm konjenital (doğuştan gelen) hastalıklar.)

10. Tıbbi Malzeme Teminatında belirtilen durumlar dışındaki her türlü yardımcı ve haricen kullanılan tıbbi malzemeler ve işitme cihazı, uyku apnesi cihazı (CPAP ve uyku odası dahil vb.), uyku apnesi dışında her türlü nedene bağlı horlama ile ilgili tüm tetkik ve tedaviler, organ naklinde vericinin ve organın ücreti, kan veren kişiye ait tüm giderler,

11. Ruh ve akıl hastalıkları, psikoterapi, psikiyatri ve psikolog giderler ile danışmanlık hizmetleri, tüm psikiyatrik ilaçlar ve bu ilaçların kullanımına bağlı komplikasyonlar ile tüm psikiyatrik yatışlar, zeka testi ve benzeri tetkikler, geriatrik ve psikososyal bozukluklar (gece işemeleri vb.) ile ilgili her türlü tanı ve tedavi giderleri.

12. Sanatoryum, prevantoryum, huzurevi, rehabilitasyon merkezleri vb. uzun süreli bakım sağlayan kuruluşlardaki hizmet ve tedavi giderleri, Demans, Alzheimer ve Parkinson hastalıkları ile ilgili medikal yatışlar.

13. Özel hemşire, sağlık kuruluşlarındaki telefon giderleri, suit oda farkı, tedavi için gerekli olmayan malzeme vb. idari giderler.

14. Genel sağlık kontrolü (check-up), tıbbi sertifikalar ve sağlık raporu hazırlanması ile ilgili giderler (Tarama amaçlı olarak yapılan Koroner Arter Kalsiyum Skorlama Testi ve EBT).

15. Diş tedavi teminatı alınmış olsa bile, diş implantasyonu ile implantasyon öncesinde ve sonrasındaki ilgili giderler, ortodonti ve ortodontiye bağlı tedaviler, kıymetli madenlerden yapılan kaplamalar ile ilgili giderler.

16. Aşağıda belirtilen rahatsızlıklarla ilgili cerrahi veya tıbbi (medikal) tedaviler poliçenin ilk yılında teminat kapsamında değildir:

Her türlü organ nakli (kaza sonucu hariç) ve bunların komplikasyonları, her türlü kist (deri-deri altı, böbrek, vajinal vb.), anorektal hastalıklar (hemoroid, fissür-fistül, pilonidal sinüs vb.) GİS kanamaları, divertiküllere bağlı rahatsızlıklar, sfinkterotomi, her türlü fitikler, omurga ve disk hastalıkları (disk hernileri, faset denervasyon, sinir blokajı vb.), higroma, hallux valgus, trigger finger, eklem rahatsızlıkları (menisküs, bağ lezyonları, omuz, dirsek, ayak bileği eklemlerindeki bağ rahatsızlıkları gibi vb.), rahim-yumurtalık ve tüplerle ilgili hastalıklar ve ameliyatlar, bartolin kisti, endometriozis, sistorektosel, diyaliz, böbrek ve idrar yolu ameliyatları ve taşları (ESWL), mesane rahatsızlıkları, meme rahatsızlıkları ve ameliyatları, sinüzit ve sinüs cerrahisi, bademcik, geniz eti, işitme cerrahisi (timpanoplasti, kulağa tüp takılması, stapedektomi vb.) ve uyku apnesi cerrahisi,

katarakt, glokom, keratoplasti, prostat (TUR dahil), varis, felç, tiroid ve paratiroid bezi hastalıkları, safra kesesi, safra taşları ve safra kanalları rahatsızlıkları, karaciğer hastalıkları, kist hidatik, pankreas ve dalak hastalıkları ile ilgili cerrahi girişimler (kaza sonucu hariç), kalp ve damar hastalıkları (koroner anjiyografi, by-pass, anjioplasti, aort disseksiyonu, anevrizmalar dahil), her türlü kronik hastalık (hipertansiyon, ülser, inflamatuvar barsak hastalıkları (ülseratif kolit, crohn), KOAH, astım, şeker, epilepsi, multipl skleroz, parkinson, hepatit B, sarkoidoz, nefrit ve tüm romatizmal hastalıklar ve bağ dokusu hastalıkları vb.), tanı ve tedaviye yönelik invaziv girişimler (anjio, ERCP vb.), artroskopik ve laparoskopik girişimler, kemoterapi, radyoterapi, tümör ve kanser tedavisine yönelik diğer giderler,

17. Yapı Kredi Sigorta'da 01.03.2002 tarihinden sonra sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin deviasyon ve konka ameliyat giderleri karşılanmaz. Ancak; sigortalıya yenileme garantisi verilmiş olması, hasar tarihi itibarıyla geriye dönük kesintisiz en az 3 yıl Yapı Kredi Sigorta'da sigortalılık süresini tamamlamış olması şartıyla deviasyon ve konka ameliyatları ile ilgili giderleri kapsam dahilindedir.

18. Sigortacı'nın Acil Hizmeti dışında yapılan ambulans taşıma giderleri ve her türlü hava ambulansı taşıma giderleri,

19. Sigortalının tazminat talebinde bulunurken yaptığı ulaşım, posta, konaklama ve Sigortacı tarafından istenilen belgelerin hazırlanması vb. giderler.

20. Dağcılık ve tırmanma, kano, gökyüzü kayağı, paraşüt, planör, delta-kanat, balon, motorsiklet ve otomobil sporu, sivil havacılık, binicilik, su sporları, dalgıçlık ve tüm yarışlar ile tüm profesyonel ve lisanslı olarak yapılan sporların sonuçları ile ilgili tüm giderler.

21. Alternatif tıp yöntemleri, alternatif tıp merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedavi giderleri, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve Amerikan FDA (Food and Drug Administration) Kurumu tarafından deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedaviler ile ilgili tüm giderler.

22. Mesleki bir sebepten doğan yaralanma ve hastalıklarla (iş kazası ve meslek hastalığı) ilgili olarak yasal yükümlülükler sonucu yapılması gereken ödemeler ile başka bir sigorta kurumu ya da üçüncü şahıslar tarafından yapılabilecek ödemeler.

23. Sağlık kurumlarının veya doktorların uyguladıkları tedavi veya her türlü cerrahi müdahaledeki hatalar sonucunda doğacak giderler.

24. Bir yıllık poliçe süresi içerisinde toplam üç aydan fazla yurt dışında kalınması durumunda, Yurt Dışı Hastane Hizmetleri Teminatı olsa bile yurt dışında gerçekleşen giderler.

25. Sigortacı'nın TELEMED24 Hizmet ağındaki sağlık kurumlarından, yatıştan sonraki 24 saat içinde Bildirim Formu'nun iletilmediği durumlardaki ve onbeş günü geçen hastaneye yatışlarda onbeşinci günden sonra Sigortacı'nın tekrar onayının alınmadığı giderler.

26. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaç giderleri.

27. Yapı Kredi Sigorta'da 01.07.2003 tarihinden sonra Başvuru Formu düzenlenerek ilk defa sağlık sigortası kapsamına alınan kişilerin varikozel ve skolyoz ameliyat giderleri,

28. Sigorta yılı içinde 180 günü geçen hastanede yatış ve bu süre içinde 90 günü geçen yoğun bakımda yatış giderleri.

29. Böbrek ve safra kesesi taşları analiz giderleri.

30. Mevcut tedavi yöntemlerinin yerine uygulanan yaygınlaşmamış ve/veya tedavinin başarısını artırdığı kanıtlanmamış yeni yöntemler ile malzemelere ait giderler. Robotik cerrahi yöntemiyle (Da

Vinci gibi) yapılan ameliyatlarda, robot kullanım ücreti ve bu yönetime özel olarak kullanılan her türlü malzeme gideri. Yeni biyomedikal mühendislik – genetik ve biyoteknolojik bazlı tedavi ve uygulamalarına ait giderler.

31. Yeni doğan bebeklerin prematürelilik ile ilgili giderleri (kuvöz bakımı v.b.) ile bebeğin doğumla ilgili giderleri (bebek henüz hastanedeyken yapılan rutin sağlık giderleri)

32. Sigortalının, hastalık sonucu çalışmaması nedeniyle elde edemediği kazançlar için kararlaştırılan günlük iş görememe parası ve sigortalı bakıma ihtiyaç duyar duruma geldiği takdirde, bakım nedeniyle doğan giderler veya kararlaştırılan gündelik bakım parasına ilişkin giderler.

BÖLÜM 4. ANLAŞMASIZ KURUM UYGULAMALARI

Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen poliçe kapsamındaki sağlık giderlerinizin ödenebilmesi için aşağıda belirtilen prosedür çerçevesinde Yapı Kredi Sigorta'ya iletilmesi gerekmektedir.

- Anlaşmasız kurumlarda gerçekleşen sağlık giderleri aşağıda belirtilen belgeler ile birlikte Ek2'de örneği bulunan ibraname ekinde İnsan Kaynakları aracılığıyla Yapı Kredi Sigorta'ya gönderilmelidir.
- Teminat kapsamında olmayan veya eksik belge içermesi nedeniyle Yapı Kredi Sigorta tarafından iade edilecek harcamalar da tarafınıza gönderilecektir.
- İngilizce dışında yabancı dille düzenlenmiş ödemelerde, gerekli her türlü belgenin noter tasdikli tercümesi gereklidir.
- Sigortalılarımıza ait sağlık gideri ödemelerinin yapılabilmesi için; TC Kimlik Numarası/Yabancı Kimlik numarası ve Vergi Kimlik Numarası bilgisinin bildirilmesi gerekmektedir.
- Belirtilen tüm teminatlar için fatura aslı ile talep yapılması zorunludur, fatura kopyası ile kesinlikle ödeme yapılmamaktadır. Tüm ödeme belgeleri (fatura, makbuz vb.) toplam harcama tutarı üzerinden düzenlenmelidir. Faturalar böldürülemez.

Teminat kapsamındaki ilgili ödemenin yapılabilmesi için, aşağıdaki belgelerin Yapı Kredi Sigorta'ya iletilmesi gerekmektedir.

4.1. Hastane Hizmetleri Teminatı Kapsamındaki Giderler için İstenen Belgeler

- Yatış nedenini ve yapılan tedaviyi gösterir tıbbi rapor, yatış öncesi tanı konulmasına yönelik yapılan tetkik sonuç raporları,
- Dökümlü hastane faturası,
- Cerrahi girişimlerde ayrıntılı ameliyat raporu, parça alınmışsa patoloji sonuç raporu,
- Sinüzit ameliyatlarından önce paranazal sinüs tomografisi aslı, gerekli görüldüğü takdirde ikinci doktor görüşü
- Mide fıtığı ameliyatlarından önce gastroskopi, patoloji ve 24 saatlik Phmetre sonuçları,
- Epikriz (çıkış özeti) ve yapılan incelemelerin ve tedavilerin raporları, gerekli ve mevcut olduğu durumlarda laparoskopik/artroskopik/endoskopik ameliyat kaseti,

- Her türlü adli olayda (trafik kazaları dahil); müşahede dosyası, adli merciler tarafından oluşturulan her türlü belge (trafik kazası tutanağı, adli rapor, adli tutanak, alkol raporu vb.) sigortalı beyanı, ehliyet fotokopisi,
- Kanser rahatsızlığına yönelik kemoterapi ve/veya radyoterapi tedavilerinde ayrıntılı planlama ve uygulamaya yönelik doktor raporu,
- Malzeme ve protezlerin proforma faturaları.

4.2. Doktor Muayene Giderlerinde İstenen Belgeler

- Doktor ücretini gösterir fatura veya serbest meslek gider makbuzu, (belgelerde mutlaka doktorun kaşesinin bulunması ve ayrıca doktorun branşının belirli olması gereklidir.)
- Maliye Bakanlığı tarafından yapılan bir yasal düzenleme gereği Hekimlerin özel doktor muayenehanelerinde, kredi kartı ile yapılan ödemelerde düzenlenen POS sliplerinin “ Serbest Meslek Makbuzu” olarak kabul edilmesine başlanmıştır. Bu uygulama değişikliği nedeniyle ilgili belgenin Yapı Kredi Sigorta tarafından değerlendirilebilmesi için Kredi Kartı ile Yapılan Ödemelerde Doktor Muayene Tazminat Talep Formun (Ek 3) ilgili hekim tarafından doldurulması ve POS slibi ile beraber Yapı Kredi Sigorta’ya iletilmesi gerekmektedir.
- Klinik branş hekimleri tarafından ultrason kullanılarak yapılan muayenelerde ultrason çıktısı aslı veya raporu,
- Gerektiğinde tıbbi kayıt, ayrıntılı doktor raporu.

4.3. İlaç Giderlerinde İstenen Belgeler

- İlgili doktor reçetesi aslı,
- İlgili ilaç giderlerini gösterir kasa fişi veya fatura aslı,
- İlgili ilaçların barkod/karekodu, (ilaç isimleri okunacak şekilde kesilmiş olmaları gereklidir),
- Sürekli kullanılan ilaçlar için Doktor Raporu,
- Gerekli görüldüğünde doktor raporu.

4.4. Tanı Yöntemleri Giderlerinde İstenen Belgeler

- Doktorun teşhis veya şüphe ettiği hastalığın adını belirterek yazdığı sevk pusulası veya rapor,
- İlgili giderleri gösterir fatura aslı,
- İnceleme sonuçları ve ilgili raporlar,
- Gerektiğinde doktor raporu (tetkiklerin ne için istendiğine dair) ve tıbbi kayıt,

4.5. Fizik Tedavi Giderlerinde İstenen Belgeler

- Tedavinin gerekliliğini gösteren tetkik sonuçları MR, tomografi, ultrason vb.

- Fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğunu ve bir seansta yapılması gereken tedavinin ayrıntılı dökümünü içeren doktor raporu.
- Gerektiğinde yapılan tedavi ile ilgili röntgen.

Ek1 : Bildirim Formu (devamı)

(BU BÖLÜM TEDAVİYİ UYGULAYAN DOKTOR/SAĞLIK KURULUŞU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR)

TEDAVİ OLAN SİGORTALININ ADI, SOYADI :	.....
Hastanın Başvuru Tarihi :/...../.....
Hastanın Tedavi şekli :	<input type="checkbox"/> Cerrahi Tedavi <input type="checkbox"/> Medikal Tedavi <input type="checkbox"/> Ayakta Tedavi
Hastanın Şikayetleri :	..... ..... .....
Hikayesi (Hastalığın ilk başlangıç tarihi ve yapılan tedaviler) :	..... .....
Hastanın ilk olarak size başvurduğu tarihi ve sevkeden doktorun adını belirtiniz :	.....
Özgeçmiş :	.....
a-Geçirdiği ameliyatlara, yatarak tedaviler ve tarihleri :	.....
b-Geçirdiği kazalar ve tarihleri :	.....
c-Geçirdiği hastalıklar ve kullandığı ilaçlar :	.....
Alışkanlıkları, kullanım miktarı, süresi :	<input type="checkbox"/> Sigara <input type="checkbox"/> Alkol
Soygeçmiş :	..... ..... .....
Fiziki Muayene Bulguları :	..... ..... .....
Ön Tanı :	..... ..... .....
Öngörülen Tedavi / Yapılacak Cerrahi Müdahale :	..... .....
Hastanede tahmini kalış süresi ?	.....
Takibeden tedavi veya cerrahi müdahale gerekiyor mu?	.....
Sonuç :	.....
Tedaviyi / cerrahi müdahaleyi üstlenen doktor tedavi olunan hastanede	
<input type="checkbox"/> Kadrolu Doktor <input type="checkbox"/> Kadrolu Değil <input type="checkbox"/> Anlaşmalı Muayenehane Doktoru	
Doktorun Adı, Soyadı :	Tarih :
Kaşesi :	İmza :
Telefonu :	

ÖNEMLİ HATIRLATMALAR

HASTANE HİZMETLERİ TEMİNATI :

Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen yatış, ameliyat, küçük müdahale ve hastaneye başvurunıza neden olan acil sağlık durumunun (hayati bir tehlikeye neden olabilecek rahatsızlık belirtileri) teşhisine yönelik işlemlerde faturanızla beraber yatış, ameliyat ya da müdahale nedenini gösterir tıbbi rapor, fatura dökümü, epikriz (çıkış özeti), ameliyat raporu, müşahede dosyası, tetkik sonuçları ve patolojik işlem yapıldı ise patoloji raporunu göndermeyi unutmayınız. Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen ve hastane hizmetleri teminatından değerlendirilen faturalar, maksimum Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi dikkate alınarak ödenmektedir. Acil sağlık durumunun teşhisine yönelik işlemler %80'li olarak karşılanmaktadır.

Anlaşmalı sağlık kurumlarında gerçekleşen yatış, ameliyat, küçük müdahale işlemlerinde, kurumla anlaşmalı olmayan doktor ücreti poliçe özel şartlarında belirtilen limitler doğrultusunda karşılanır.

DOKTOR MUAYENE TEMİNATI* :

Muayene işlemlerinde faturaları hasta ismine kesilmiş olmasına ve fatura üzerinde doktor branşı ile kaşesinin bulunmasına dikkat ediniz.

Türk Tabipleri Birliği görüşü doğrultusunda, ilk muayenedeki tanı ile ilişkili olarak 10.güne kadar yapılan muayeneler kontrol muayenesi olup ücret talep edilmemesi gerekmektedir. Bu nedenle bu şekilde faturalandırılmış kontrol muayene giderleri karşılanamamaktadır.

Klinik branş hekimlerinin muayene sırasındaki ultrason inceleme giderleri, bu teminattan limitleri dahilinde ultrason çıktısı aslı veya doktor raporu olması kaydıyla karşılanır.

İLAÇ TEMİNATI :

İlaç harcamanızda güncel tarihli doktor reçetesi, ilaç küpürleri ve ilgili ilaçlara ait kasa fişi veya faturayı göndermeyi unutmayınız.

İlaçların içeriğine bağlı olarak gerektiğinde doktor raporu istenebilmektedir.

Sürekli kullanılacak ilaçlarda ayrıntılı doktor raporu ve ilaçların ne kadar süreyle kullanılacağını belirten güncel tarihli reçete gönderilmesi gereklidir. Devam eden kullanımlarda bu reçetenin fotokopisi ile ödeme yapılmaktadır.

TEŞHİS YÖNTEMLERİ TEMİNATI** :

Teşhis yöntemlerine ait faturalarla beraber doktor sevk kağıdı ve ilgili sonuç raporları da gönderilmelidir.

Gerektiğinde tetkiklerin ne için istendiğine dair tıbbi kayıt ve doktor raporu istenebilir.

Herhangi bir acil sağlık durumu olmaksızın hastanede yatarak yapacağınız tanı işlemleri bu teminattan değerlendirilir.

FİZİK TEDAVİ TEMİNATI**:

Fizik tedavi işlemlerinde faturanızla beraber tedaviyi gerektiren görüntüleme sonuçları (MR,tomografi, ultrason vb.) ve ayrıntılı doktor raporunu (fizik tedavinin kaç seans gerekli olduğu, bir seansta yapılması gerekli tedavinin ayrıntılı dökümü) göndermeyi unutmayınız.

Yapılan işlemin poliçe özel ve genel şartları gereği teminat dışı olması, eksik bilgi içermesi veya ilave bilgi istenmesi durumunda fatura ve ekindeki belgeler Sağlık Gideri İade Formu ile birlikte Şirketinize iade edilir.

* EKO ürüne sahip poliçelerde B Tipi sağlık kurumları dışında gerçekleşen giderler, Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi dikkate alınarak değerlendirilir.

** Anlaşmasız sağlık kurumlarında gerçekleşen işlemlere ait faturalar Türk Tabipleri Birliği Asgari Ücret Tarifesi dikkate alınarak değerlendirilir.

