



T.C. Sağlık Bakanlığı

TURİSTİN SAĞLIĞI HASTALARININ SİGORTA İŞLEMLERİ VE PROVİZYON SÜREÇLERİ

**Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Hatice BAĞCI**

**Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Erdoğan KÖKSAL**

ÖZEL SİGORTA İŞLEYİŞİ VE PROVİZYON SÜREÇLERİ

Yabancı uyruklu kişilerin geçici süreli olarak herhangi bir nedenle ülkemizde buldukları sırada ani gelişen sağlık sorunlarında sağlık hizmeti alması olarak tanımladığımız « Turistin Sağlığı » kapsamında hastalar yurtdışı veya seyahat sigortaları ile hizmet alabilirler.

Hastanemize başvuran hastalarımızın kayıt süreçleri esnasında yapılan sigorta sorgulaması sonucunda; hastanın pasaportunun yanında herhangi bir sigorta evrağı ibraz edememesi durumunda bütün tedavi giderleri hasta tarafından karşılanır.

ÖZEL SİGORTA İŞLEYİŞİ VE PROVİZYON SÜREÇLERİ

SÜREÇ

Uluslararası hasta
başvurusu

İkametgah
tezkeresi
yok

Sigorta, Aracı kurum
Provizyonu var mı

EVET

Sigorta İşlemlerinin
başlatılması

ÖZEL SİGORTA İŞLEYİŞİ VE PROVİZYON SÜREÇLERİ

SÜREÇ İLE İLGİLİ EVRAKLAR

Hasta kabulü yapılan hastanın ibraz ettiği pasaport ve sigorta evrakı yani poliçesi kontrol edildikten sonra ihtiyacımız olan dokümanlar;

Hasta
Kabul
Formu

Poliçe

Ön Garanti
Provizyon

Proforma
Fatura



T.C. Sağlık Bakanlığı
Yatırım Yatırım Hastaneleri Genel Müdürlüğü
Yatırım Yatırım Hastaneleri Genel Müdürlüğü


**ULUSLARARASI HASTA KABUL
FORMU
INTERNATIONAL PATIENT ADMITTANCE FORM**

Doküman	HD.FR.15
Yayın Tarihi	07.08.2017
Revizyon tarihi	0.
Revizyon Kodu	0.
Sayfa	1/2

**HASTA
KABUL FORMU**

Hastanın Kimlik Bilgileri (Patient's Identity Information):		
Ülkesi (Country):		
Yurtdışı Adresi (Abroad Address):		
Acil Durumda İletişim Kurulacak Yakınının Tel (Telephone Number of a relative in case of an emergency:)		
Pasaport No (Passport No.):		
Türkiye'ye Giriş Tarihi (Entrance Date to Turkey):		
Hastanın Sağlık Bilgileri (Patient's Health Information):		
Geçirilmiş Ameliyat ve Hastalık (Previous Surgery or Disease):		
Kullandığı İlaç ve Alerjik Durum Var mı? (Is there any drug used or any allergy?):		
Başvuru Sebebi / Ön tanı (Reason of Application/ Pre-diagnosis):		
Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Uluslararası Hasta Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Hastane Yöneticisi

Hasta kabul formunda hastaya ait kişisel bilgiler, hastanın ülkemize giriş ve çıkış tarihleri ile sigorta bilgileri yer almaktadır. Aynı zamanda hasta bahse konu form ile, kendisine ait bilgilerin sigorta şirketi ile paylaşılacağı ve sigorta kendisini kapsam dışı kabul ettiği takdirde aldığı sağlık hizmetinin ücretli olacağı bilgileri de yer alır.

 <p>T.C. Sağlık Bakanlığı Devlet Hastaneleri Genel Müdürlüğü Kısmi Ödüllü Hastaneler Kurumu KURUMSAL KODU: 0800001-0000000</p>	ULUSLARARASI HASTA KABUL FORMU INTERNATIONAL PATIENT ADMITTANCE FORM	Doküman Yayın Tarihi Revizyon tarihi Revizyon Kodu Sayfa	HD.FR.1 5 07.08.20 17 0. 0. 2/2
Hastanın Şu anki Sağlık Durumu (Kısaca medikal rapor) (Current Health Condition of the Patient (Shortly, medical report)):			
Yaklaşık Muhtemel Tedavi Bedeli (Approximate Possible Cost of Treatment):			
Yaklaşık Yatış Süresi (Approximate Duration of Stay):			
Hastayla İlgilenecek Personelin İletişim Bilgisi (Contact Information of the staff that will take care of the patient):			
Hastanın Yatacağı Klinik (The Clinic Patient is going to stay):			
Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan ederim. Taburcu olduğumda tedavi bedelini sigortam ödemez ise nakden ödeyeceğimi taahhüt ederim. Sağlık bilgilerimi yasalar çerçevesinde ilgili kişilere verilmesini kabul ediyorum. I declare the information above is correct. I agree to pay the treatment costs in cash if my insurance does not. I agree that information on my health may be presented to persons concerned in accordance with the law.			
Hasta veya Vekili / Patient or Representative of Patient .../.../20...			

HASTA KABUL FORMU

Hasta kabul formu; hastanın ödeme ve hasta tedavi bilgisinin paylaşımı konusunda onamının alınmasının sağlamaktadır.



Страхование осуществляется в соответствии с Правилами страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства* от 17.08.2016 г.
 Стороны признают действительное фактическое проживание в Турции и несут Страхование в Стамбуле.

Полит / Policy: **0080601-013654929/17MII** Страхователь / Service Company: **GLOBE TOURISM B.V.**

Дата выдачи документа / Date of issue: **17.11.2017** Адрес / Address: **TURKEY**

Период страхования / Period of insurance from: **18.11.2017** по / to: **30.11.2017** Количество дней / Days: **13**

Застрахованные лица / The Insured persons	Дата рождения / Date of birth	Программа страхования / Insurance plan	Страховая сумма по полису / Sum insured per policy	Страховая премия / Sum payable	Франшиза/ deductible
TI	15.05.1980	B Медицинские и иные расходы / Medical and other expenses	35000.00 USD		30.00 USD
		J Гражданская ответственность / Legal liability			
		GI Возможность совершить поездку / Loss of possibility make the travel			

Общая стоимость / Total sum: **as agreed**

* Страховая сумма по программе страхования "GI" устанавливается в размере фактической стоимости тура, но не более суммы, указанной в графе "Страховая сумма на поездки".

ПАМЯТКА ЗАСТРАХОВАННОМУ ЛИЦУ В СОО "СК" «СИГМА»

При наступлении события, предусмотренного полисом как страховое, Застрахованное лицо (или его представитель) должно немедленно обратиться в круглосуточный центр Службы компании «Karlira Medical Organization» по телефону: 248 14 74 (для звонков из Антаны и пригородов); +90 242 248 14 74 (для звонков из других районов Турции и с мобильных телефонов).

Перед вылетом уточните правила набора и ввода данных в международный телефонный номер из Вашего отеля.

При обращении в Службу компании Вам необходимо сообщить следующие данные: причину обращения, фамилию и имя, номер и период действия полиса, Ваш местонахождение (страна, город, отель), номер телефона и адрес для направления связи с Вами (Ваше местонахождение) и оператора Службы компании «Karlira Medical Organization».

Внимание! Своевременное предоставление Застрахованным лицом сведений, предоставляемых на основании с Службой компании «Karlira Medical Organization», не подлежит автоматическому страховому покрытию. Неполноты являются причиной отказа в предоставлении помощи при остром развитии ситуации, угрожающим жизни Застрахованного лица. Застрахованное лицо (или его представитель) должно немедленно известить Службу компании «Karlira Medical Organization» любым доступным ему способом. Рассмотрение таких случаев проводится в индивидуальном порядке.

Получайте и сохраняйте все документы, подтверждающие факт события телефонным перепиской с Службой компании «Karlira Medical Organization»; по возвращении Страховой компании «Сигма» возместит Вам данные расходы.

ПРОГРАММЫ СТРАХОВАНИЯ ГРАЖДАН, ВЬЕЖАЮЩИХ ЗА ПРЕДЕЛЫ ПОСТОЯННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА

Страховые риски	Пункт Условий страхования	Программа страхования
1. Программа страхования «B»: Возмещение у Застрахованного лица расходов, понесенных им в период нахождения на территории страхования при травме, отравлении, вызванной острым заболеванием или обострением хронического заболевания:	Риски I ст. 1	-
1.1. Медицинских расходов:		
1.1.1. на амбулаторную помощь;		
1.1.2. на стационарную помощь;		
1.1.3. на экстренную стоматологическую помощь ***;		
1.2. Медико-транспортных расходов:		
1.2.1. на медицинскую эвакуацию (транспортировку) автомобильной скорой помощью или иным транспортным средством с места нахождения Застрахованного лица на территорию страхования в ближайшем медицинском учреждении;		
1.2.2. на транспортировку Застрахованного лица из одной клиники в другую;		
1.2.3. на медицинскую репатриацию Застрахованного лица с территории страхования ****;		
1.3. Расходы на репатриацию:		
1.3.1. расходы на репатриацию тела Застрахованного лица ****;		
1.3.2. расходы на проезд одного из близких родственников, сопровождающего тело;		
1.4. Транспортных расходов:		
1.4.1. Застрахованного лица после завершения действия / карантина;		
1.4.1.1. на проезд до аэропорта, железнодорожного вокзала на территории страхования;		
1.4.1.2. на проезд в один пункт с местом постоянного проживания и/или клиники ***;		
1.4.2. на оплату проезда одним классом на территории страхования одному близкому родственнику Застрахованного лица, если срок пребывания Застрахованного лица превышает 15 дней;		
1.4.3. на оплату проезда одним классом на территории страхования одному близкому родственнику несовершеннолетнего Застрахованного лица в случае отсутствия несовершеннолетнего Застрахованного лица без разрешения сопровождающего лица, сопровождающего его в поездке;		
1.4.4. на оплату перевозки (трансфера) и услуг по подбору багажа (мелких вещей) Застрахованного лица на территории страхования;		
1.5. Расходы на проживание в гостинице:		
1.5.1. связанная с проживанием Застрахованного лица в гостинице на территории страхования после окончания стационарного лечения на срок не более 5 дней или в связи с карантином на весь срок карантина - в размере до 100 \$/€ **** в день;		
1.5.2. связанная с проживанием одного близкого родственника в гостинице на территории страхования при госпитализации несовершеннолетнего Застрахованного лица, продолжительная после даты медицинского возвращения из отъезда, на срок не более 5 дней в размере до 100 \$/€ **** в день;		
1.5.3. связанная с проживанием (включая питание) в гостинице несовершеннолетнего Застрахованного лица, оставшегося без разрешения сопровождающего его сопровождающего лица, на срок не более 5 дней в размере до 100 \$/€ **** в день;		
1.5.4. связанная с проживанием без питания в гостинице одного близкого родственника несовершеннолетнего Застрахованного лица на срок не более 5 дней в размере до 100 \$/€ **** в день в случае госпитализации Застрахованного лица сроком более 15 дней;		
2. Программа страхования «GI»: Возмещение расходов из-за невозможности совершить поездку****	Риски II ст. 1	76
3. Программа страхования «J»: Возмещение у Застрахованного лица обязанности возместить вред, причиненный третьим лицам / страхование гражданской ответственности, ****	Риски III ст.1	76

- Hastaya ait kişisel bilgiler
- Ülkemize giriş çıkış tarihi
- Ana sigorta şirketinin ismi
- Ülkemizde bulunan asistan firma ya da sigorta temsilcisinin irtibat numaraları
- Sigorta limitleri ile ön ödemesinin bulunup bulunmadığına dair bilgiler yer almaktadır.

* Условия страхования в соответствии с Правилами страхования граждан, выезжающих за пределы постоянного места жительства, от 17.08.2016 г. являются действительными на территории страхования.
 ** Страховая сумма по программе страхования "GI" устанавливается в размере фактической стоимости тура, но не более суммы, указанной в графе "Страховая сумма на поездки".
 *** До ближайшего и месту постоянного проживания Застрахованного лица (исключая пункт на территории РФ или в стране гражданства) международного аэропортного узла (аэропорт, железнодорожного вокзала), с которым имеется прямой сообщение. При отсутствии прямого сообщения между территорией страхования и международным транспортным узлом на территории РФ или в стране гражданства.

ÖZEL SİGORTA İŞLEYİŞİ VE PROVİZYON SÜREÇLERİ

POLİÇE

✓ Polİçe yorumlanırken:

- ✓ Geçerlilik süresi.
- ✓ Geçerlilik süresi uygun ise hastanın sigortasını araması sağlanır.
- ✓ Polİçede hastaya ibraz edilen ön ödemesi var ise hasta bilgilendirilir,
- ✓ Hastaya ön ödeme limiti civarında bir hizmet sunulacaksa hastanın bekleme süresini kısaltmak için sigorta devreden çıkartılır.
- ✓ Hasta ödemesini kendisi yapar.



ÖZEL SİGORTA İŞLEYİŞİ VE PROVİZYON SÜREÇLERİ

POLİÇE

- Hastanın sigortası ile görüşmesinin ardından ülkemizde sigortanın yetkilisi ya da asistan firma (var ise) ile irtibata geçilir.
- Asistan firma yok ise; Ana sigorta şirketinden, Türkiye'de Türk Ticaret Sicil Kanununa göre kurulmuş yetkili bir asistan firma ile çalışması talep edilebilir.
- İlgili sigorta şirketten ya da asistan firmadan ön garanti provizyonu alınır.

Signature

PLEASE, CHECK IDENTITY

This is to certify that the holder of this card is insured in case of acute travel-time illness and travel-time accident.

Please send your statement and the bill for your charges to Eurooppalainen Insurance Company Ltd, FI-00013 Pohjola, Helsinki, Finland, tel. +358 303 0303.

In the event of hospitalization or in cases which may necessitate repatriation or evacuation, Eurooppalainen must be notified immediately,
telefax: +358 10 253 3275.
mailto: eurooppalainen.claims@pohjola.fi
www.eurooppalainen.fi

Identcard 06/2015

In emergencies	24-hour telephone numbers
Eurooppalainen Emergency Service	+358 10 253 0011
Euro-Center USA	+1 800 844 3876
In case of serious illness or injury also:	
Doctor on duty	+358 800 9 0707
SOS-International	+45 70 10 50 54

28.08.2017

Tarih : 28.08.2017
Hastanın ismi,Soyadı: [REDACTED]
Doğum Tarihi : 28.04.1986
Referans : 201707764
Sigorta :TRANSİLİT
Police numarası: CT17-TR/2668-00
Otel: [REDACTED] OTEL
Oda: 614

Hasta [REDACTED] sigortalı ve [REDACTED] tarafından assisnalığı yapılmaktadır. Tüm masraf ve raporları tarafımıza göndermeniz rica olunur.

ŞAYGILARLA

Merkez Müdürlüğü ANKARA
KEMER / ANKARA
Tel: 0.242. 814 58 16 (Pbx) Fax: 814 58 12
Kemer V.D. 812 036 4511

ÖN GARANTİ
(PROVİZYON)

İlgili sigorta şirketinin veya asistan firmanın; hastanın sigorta kapsamında olduğunu ve bundan sonraki süreçleri yürüteceğine dair taahhüdüdür.



APKV Service Umweltschutz GmbH
Bahrenhofstraße 10
D-85609 Aschheim bei München
Tel. +49 89 2 08 01-1000
Fax +49 89 2 08 01-1031
med@allianz-assistance.de

BLZ: 700 000 00
Kontoführer: 351 069 400
LML-CONR: DE 201000024
SWIFT-BIC: OPTOCHEFF330
IBAN: DE44 7000 0000 0301 0694 00

Worldwide Partners

Geschäftsführung
Philipp Künzler (CEO)
Oliver Kopp (COO), Olaf Nink (COO)
Vorstandler des Betriebs: Peter Genter
StB der Gesellschaft: Aschheim bei München
Registriergericht: München HRB 120410

Sender fax: +49-89-20801-1931 / e-mail: [REDACTED]

Date: 09.11.2017

Destination: Alanya Aiku hospital

Fax/mail: 0090242-5137892

Our reference: MA APKV KV nicht-tariflich M317023162DEU

Patient: [REDACTED]

DE: Bitte leiten Sie beigefügtes Formular umgehend an Ihre/n Patient/en weiter und senden Sie es uns ausgefüllt und unterschrieben per Fax/e-mail zurück.

FR: Veuillez transmettre les pages suivantes le plus vite possible à votre patient(e) et nous renvoyer une copie remplie et signée par fax ou e-mail.

GB: Please forward the attached document to your patient and send the filled and signed copy back to us.

GR: Παρακαλώ το συντομότερο εντολο να δοθεί στον ασθενή σας. Να συμπληρωθεί, να υπογραφεί και να μπει σταχυότυπο μέσω fax ή mail το συντομότερο δυνατό.

IT: Si prega di inoltrare questo documento al Vostro paziente, fare compilare, firmare e inviarlo tramite fax oppure e-mail.

ES: Rogamos entregar urgentemente el formulario adjunto a su paciente y devolvemos copia completa y firmada por fax o e-mail.

TR: Lütfen aşağıdaki formüleri hastanıza letmeniz, doldurulup imzalandıktan sonra tekrar faks veya e mail ile bize sevk etmeniz rica olunur.

Allianz Private Krankenversicherungs-AG - Informationen zum Schadensfall

1. Schweigepflichtsentbindungserklärung

Versicherungsnehmer: Hossam Moghaddam

Geburtsdatum: 07.03.1937

Versicherungsnummer: AK-0570941341

Zum Zwecke der Abwicklung und Organisation des Leistungsfall es befreie ich freiwillig alle Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe sowie Bedienstete von Krankenhäusern und Behörden, die

**ÖN GARANTİ
(PROVİZYON)**

Ön Garanti formunda;

- ✓ **Hastanın adı ve soyadı,**
- ✓ **Sigorta kapsamında olduğunu belirten bir ibare,**
- ✓ **Firmanın ticari unvanını içeren şirket kaşesi,**

ÖZEL SİGORTA İŞLEYİŞİ VE PROVİZYON SÜREÇLERİ

TABURCULUK İŞLEMLERİ

Medikal
Rapor

Uçuş
Raporu

Ödeme
Garantisi

Fatura



EPİKRİZ (ÇIKIŞ ÖZETİ)

Doküman No 19.25.04	Yararlanma Tarihi 21.05.2018	Beraberlik Tarihi 28.05.2018	Mediyen No 11	Şifre No 1
------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------------	---------------

Hasta No
2016137298

Form No
32810042

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ

KURUM - YATIŞ BİLGİLERİ

TC Kimlik No [REDACTED]	Kurum : TURKISH SAĞLIK
Ad Soyad [REDACTED]	Yatış Tarihi : 20.05.2018
Doğum Yılı [REDACTED]	Dahilî Şifre No : A.0017.101.0004.30114.0010040
Doğum Tarihi 19.07.1968 - TB	Dahilî : TOLUN KAFKAS PRŞİKSİ
Adres [REDACTED]	Birim : ACS - CERRAHE

Dahilî Şifre No	Şifre No	Form No	Doküman No
A.0017.101.0004.30114.0010040			1

MUAYENE BULGULARI

Teghizatlar	Özellik Tanımları	Tanımları	Şifre Tanımları
ŞİRAYET	Özellik	Şifre	Şifre

ŞİRAYET
[REDACTED]

MULAYME
[REDACTED]

MULAYME
[REDACTED]

MULAYME
[REDACTED]

MULAYME
[REDACTED]

TEDAVİ
[REDACTED]

TAMAM
[REDACTED]

İLAÇLAR
[REDACTED]

TEDAVİLER
[REDACTED]

LABORATUVAR
[REDACTED]

GÖRÜNTÜLEME
[REDACTED]

NEÇİTELEN
[REDACTED]

KURUMSAL YATIRIM BİLGİLERİ
[REDACTED]

YATIRIM BİLGİLERİ
[REDACTED]

YATIRIM BİLGİLERİ
[REDACTED]

YATIRIM BİLGİLERİ
[REDACTED]

YATIRIM BİLGİLERİ
[REDACTED]

YATIRIM BİLGİLERİ
[REDACTED]

YATIRIM BİLGİLERİ
[REDACTED]

YATIRIM BİLGİLERİ
[REDACTED]

YATIRIM BİLGİLERİ
[REDACTED]

MEDİKAL RAPOR

❖ Hastanın hastaneye kabulünden, hastanın taburcu olduğu süreye kadar yapılan bütün tetkik ve tedavilerinin olduğu rapordur.

❖ Hasta hastanede yatışının yapıldığı süresince ve taburcu işlemleri yapıldıktan sonra sigorta şirketine gönderilmeli.



ERKENİZ (ÇOKUŞ ÖZEL)

Öğrenci No 19.19.04	Yazınama Tarihi 01.04.2018	Barınma Tarihi 04.04.2018	Barınma No 01	Sınıf No 1
------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------	---------------

Okul No
2016137298

Barınma No
32810042

HASTA KİMLİK BİLGİLERİ

KURUM - YATIL BİLGİLERİ

TC Kimlik No [REDACTED]	Kurum : TURKİYE SAĞLIK
An Soyadı [REDACTED]	Yatıl Tarihi : 04.04.2018
Doğum Yılı [REDACTED]	Doğum Yeri No : A.0017.001.0001A.00101A.00010001
Doğum Tarihi 19.07.1988 - TB	Doğum : TOLUN KAFKAS PİŞKİRCİ
Adresi [REDACTED]	Servis : ACİL - GEMERAK

Doğum Yeri No	Servis No	Barınma No	Formülasyon No
A.0017.001.0001A.00101A.00010001			A

MUAYENE BİLGİLERİ

Tegminler	Ortaklık Sınıfı	Tarih Tipi	Sağlık Tutarı
0113 - Dişçilik, Servisleriniz	Genel	Genel	Genel

ŞİKAYET

ŞİKAYET : [REDACTED]

HİKAYE

HİKAYE : [REDACTED]

BULGULAR

BULGULAR : [REDACTED]

TEDAVİ

TEDAVİ : [REDACTED]

BAŞLAR

BAŞLAR : [REDACTED]

TEDAVİLER

1	KURSUZ 80 mg 200 tablet (Pantogel)	04.04.2018
2	KURSUZ 500 mg 100 tablet (KURSUZ)	04.04.2018

LABORATUVAR

GÖRÜLTÜLEME

1	001700 ACİL SERVİS PA - ACİL	Servis	04.04.2018	04.04.2018
2	001700 SAĞ OMUZ 2 V - ACİL	Servis	04.04.2018	04.04.2018
3	001700 SAĞ DİZLİK 2 V - ACİL	Servis	04.04.2018	04.04.2018
4	001700 SAĞ AYNA BİLEZİ 2 V - ACİL	Servis	04.04.2018	04.04.2018
5	001700 SAĞ AYNA BİLEZİ 2 V - ACİL	Servis	04.04.2018	04.04.2018
6	001700 SAĞ AYNA BİLEZİ 2 V - ACİL	Servis	04.04.2018	04.04.2018
7	001700 SAĞ AYNA BİLEZİ 2 V - ACİL	Servis	04.04.2018	04.04.2018
8	001700 SAĞ AYNA BİLEZİ 2 V - ACİL	Servis	04.04.2018	04.04.2018
9	001700 SAĞ AYNA BİLEZİ 2 V - ACİL	Servis	04.04.2018	04.04.2018

REÇETELER

KONSÜLTASYON BİLGİLERİ

Yazınama Tarihi	Yazınama Saati	Yazınama Yeri	Yazınama No
04.04.2018	10:00:00	ACİL SERVİS	001700

MEDİKAL RAPOR

Medikal Raporda;

- ✓ İleri tetkiklerin sonuçlarını.
- ✓ Ameliyat oldu ise raporu.
- ✓ Doktor günlük viziti sonrası notu
- ✓ Tahlil ve konsültasyon sonuçları



ULUSLARARASI HASTA UÇUŞ RAPORU
INTERNATIONAL PATIENT FIT TO FLY
REPORT



(Sağlık Turizmi / Health Tourism)

NAME/ SURNAME (AD/SOYAD).....

DIAGNOSIS(TANI).....

DATE(TARİH)...../...../.....

RECOMMENDATION ON REPATRIATION

1) IS SHE/HE FIT TO FLY BY REGULER FLIGHT SINCE...../...../.....

(HASTA/...../..... TARİHİNDE KENDİ SEFERİ İLE UÇABİLİR.)

YES/EVET

NO/HAYIR

2) POSITION DURING THE FLIGHT / PLEASE OUTLINE APPROPRIATE OPTION(HASTANIN UÇUŞU
ESNASINDA GİDECEĞİ POZİSYONU/ LÜTFEN BELİRTİNİZ.

SEATED (OTURARAK)

AMPLE SAET-FIRST ROW-BUSINESS CLASS(BOŞ/ ÖN KOLTUK)

ON STRECHER (SEDYE İLE)

EXTRA SEAT-REST LEG(İLAVE KOLTUK/AYAĞI UZATARAK)

3) TYPE OF TRANSPORT IMMOBILISATION /PLEASE OUTLINE APPROPRIATE OPTION(FİKSASYON/
LÜTFEN BELİRTİNİZ.

NONE/ GEREKMEZ

YES/EVET

4) DOES THE PATIENT NEED O2 DURING THE FLIGHT? (HASTANIN UÇUŞ SIRASINDA OKSİJEN İHTİYACI
VAR MI?)

NONE(GEREKMEZ)

YES(EVET)

5) ESCORT DURING TRANSPORTATION / PLEASE OUTLINE APPROPRIATE (HASTANIN SEYAHATI
ESNASINDA REFAKATÇİ İHTİYACI VARMİ/ LÜTFEN BELİRTİNİZ.

NONE(GEREKMEZ)

SOMEONE/NONE MEDICAL(HERHANGİ BİRİ)

NURSE(HEMŞİRE)

DOCTOR(DOKTOR)

SUGGESTIONS(ÖNERİLER).....

SIGNATURE(İMZA)

UÇUŞ
RAPORU

Hastanın
tedavisi
tamamlandıktan
taburculuğu
yapıldıktan
sonra hastanın
ülkesine
dönüşünde
havayolu ile
gidip
gidemeyeceği
bilgisini içeren
bir rapordur.



Alanya Aladdin Kaykubat Üniversitesi
ALANYA
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTAHANI



PROFORMA FATURA

TURİSTİN SAĞLIK Kurumu Genel Listesi

Fatura Tarihi: 01.03.2018 Fatura No/Fatura No: 7002764

Form No: 01010104 Servis Üsmesi: 01010104
Rapor No: 01010104 No: 01010104
Rapor Tarihi: 01.03.2018 Servis No: 01010104

Sıra	Tarih	Hizmet Kodu	Hizmet Adı	Miktar	Ücret (TL)	Tutar
1	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
2	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
3	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
4	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
5	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
6	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
7	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
8	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
9	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
10	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
11	01.03.2018	01010104	01010104	1	10,00	10,00
Genel Toplam						110,00

Hastanın taburculuğu esnasında hastanede verilen sağlık hizmetinin ayrıntılı dökümünün tutarlarını içerir.

- ✓ Hastanın medikal raporu ile uyumlu olmasına,
- ✓ Tabucu onayı ardından hazırlanmasına,
- ✓ Sigorta şirketine gönderdikten sonra herhangi bir değişiklik yapılmamasına dikkat edilmelidir.

ÖDEME GARANTİSİ


Pnömoşi...
22.05.95
03.04.95
09.09.00
09.03.08

ÖDEME GARANTİSİ

PROTOKOL	201700490	OTEL ADI	
ADI SOYADI		OTEL TELEFONU	
DOĞUM TARİHİ	26.04.2016	OTEL ODA NO	1145
		GELİŞ TARİHİ	30.04.2017

SAĞLIK KURUMU	ALANYA DEVLET HASTANESİ
TELEFON	
FAKS	

SİGORTA ŞİRKETİ HASTANIN HASTALIĞI İLE İLGİLİ TEDAVİ GİDERLERİNİN 879,08 TL Tutarını Ödemeyi Garanti Ediyor.

LÜTFEN FATURALARINIZI AŞAĞIDAKİ BİLGİLERE GÖRE DÜZENLEYİN (TL OLARAK)

KUR : 0,0001

MERKEZ MAH. ANAFARTALAR CD.
No:8/A

KEMER / ANTALYA

POSTA ADRESİNİZ

KONYAALTI / ANTALYA
SAYGILARIMIZLA

012 030 3511

İlgili sigorta şirketi veya asistan firma tarafından takibinde olan hastanın tüm evrakları gönderildikten sonra (Pasaport fotokopisi, Poliçe ,Medikal rapor, Proforma, varsa Uçuş raporu) hemen ödeme garanti formu sigorta şirketinden ya da asistan firmadan talep edilir.

March 28, 2018

To: ALANYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
Mail / fax:

Hospital Final Guarantee of Payment

Name of patient: [REDACTED]
Date of birth: 19-07-1938
Diagnosis: MULTIPLE BODY TRAUMA

The insurance covers reasonable, customary and necessary expenses related to the treatment of the above diagnosis from 20-03-2018 to 25-03-2018.

Please find the final guarantee amount below for the referred patient.

Total amount:

1.346,36 TL

Please note that it is important that you send all original invoice/s to our postal address.

Invoice address: [REDACTED] Our postal address: [REDACTED]

Please be aware that the Falck Global Assistance reference number: **-NO4200034010 -** must be included on the invoice.

Kind regards

Eylem Kaya
Cost Containment & Assistance Coordinator



Guarantee of payment

Our reference number:
NO4200034010
Insurance company:
Tnyg Forsikring NO
Policy number:
0010018

ÖDEME GARANTİSİ

Ödeme garantisinde:

- ✓ Tam tarih ile belirtilen ödeme bilgisi.
- ✓ Şirket başlıklı kağıdı üzerinde şirket kaşesi,
- ✓ Ödeme taahhüt rakamının proforma fatura ile birebir aynı olmasına dikkat edilmelidir.



Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi
ALANYA
Eğitim ve Araştırma Hastanesi



AT SINIRLI HASTANE FATURA A.

Yataklı Kurum, Yatak Sayısı 100 - 499 Tarih: 28.03.2018 Fatura No: 2684

TC Kimlik No: [REDACTED] Protokol No: 2018004915 Giriş Tarihi: 20.03.2018 Çıkış Tarihi: 28.03.2018
Beyaz / Doktor: [REDACTED] Kabul No: 92810042

Bun Ödeme Tarihi: 12.8.2018

BİLDİRİME H
Faturanın Ödenen Ödemesi, Fatura Tarihten İtibaren 45 (Kırkbeş) gün olup, Belirtilen süre içerisinde ödemesi yapılmayan Faturalara "Borçlar Kararını" İlgili mevzuatı doğrultusunda faizi tahakkuk ettirilerek tahsil edilecektir.

FATURA

➤ Ödeme garantisi alınan hasta için asıl fatura düzenlenip şirkete kargo ya da iadeli taahhütlü olarak gönderilir.

➤ Faturada şirketin ticaret unvanı ve hasta ismi mutlaka belirtilmelidir.

➤ Daha önce gönderilen tüm evrakların asılları ile birlikte bir suretleri ödeme yapılana kadar kurumda saklı kalmalıdır.

Vergi Dairesi : ALANYA
Vergi No : 0480923136

1.NÜSHA

Fatura Toplamı :
Tahsil Edilen Tutar : 300,00
Kalan Fatura Toplamı : 1.346,36

Sıra	Tarih	Rzsmi Kod	Tedavi Adı	Birim Fiyatı	Adet	Tutar
1	23.03.2018	809897875002	DIRKLOJIK (DIRKLORON - MIYADREN) 75 MG 3 ML	0,79	2.0000	1,58
2	23.03.2018	808020260017	GERALCİNE (ADEPIRON, ONPYRON) 2 ML AMP	0,35	6.0000	2,10
3	20.03.2018	809897875002	DIRKLOJIK (DIRKLORON - MIYADREN) 75 MG 3 ML	0,81	3.0000	2,42
4	21.03.2018	903130	POTASYUM	3,00	1.0000	3,00
5	21.03.2018	902210	KREATİNİN	3,00	1.0000	3,00
6	21.03.2018	901940	ÜRİ	3,00	1.0000	3,00
7	21.03.2018	900580	AST	3,00	1.0000	3,00
8	21.03.2018	900200	ALY	3,00	1.0000	3,00
9	20.03.2018	530360	ÇOKSÜEN İNHALASYON TEDAVİ SEANSİ	3,00	1.0000	3,00
10	21.03.2018	903670	SODYUM (NA)	3,00	1.0000	3,00
11	21.03.2018	901500	GÜLKOZ	3,00	1.0000	3,00
12	21.03.2018	081160	FOLİY BİNDİ İKİ YOLLU NO:18	3,76	1.0000	3,76
13	20.03.2018	808020260017	GERALCİNE (ADEPIRON, ONPYRON) 2 ML AMP	0,61	9.0000	5,49
14	21.03.2018	530140	İM ENJEKSİYON	6,00	1.0000	6,00
15	21.03.2018	901620	TAM KAN (HEMOGRAM)	9,00	1.0000	9,00
16	21.03.2018	904290	AFTT	17,00	1.0000	17,00
17	21.03.2018	905320	PROTROMBIN ZAMANI (KOAGÜLOMETRE)	18,00	1.0000	18,00
18	21.03.2018	530100	ELEKTROKARDYOGRAM	9,00	2.0000	18,00
19	21.03.2018	709200	CROSS MATCH	21,00	1.0000	21,00

Not: 488 Nolu Kararın 9. maddesine göre döner sermayeler Maliye Bakanlığının 25.05.1995 Tarih ve 29/107-580/20720 Nolu yazısı ile Resmî dairelerden sayıldığından damga vergisinden muaftır.

ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ
ALANYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

1.NÜSHA
FATURA A-İ

Fatura Tarihi: 28.03.2018
Fatura No: 2684
Fatura Tutarı: 1.346,36
Yatır: #880YürKvkAb TL OtuzAltı KR.Ş

Hasta Adı Soyadı: [REDACTED]
TC Kimlik No: [REDACTED]
Protokol No: 2018004915

DIRKLOJIK: Muahhedebeden Birç Kayıtlanın Ödemesi İçin Bu Belgenin, Ödemeyi Kendaya Yapılmayınca BARKOKA, Fatura Tahsilatına Yatırılmaz TAKVİMİNDE YATIRILMAZ Ödemeyi Kendasına Göndermelidir. Veya 0242 313 4841 - 2062 İletişim Telefonu Bilgi Verilmesini Göstermektedir. Aksi Yolda Muahhede Birç Kayıtlanın Sözümlenir.



Dekont

Bank Mühürü: Merkez Şube, Ayar Cad. No:1, Beşiktaş, İstanbul, 34398 İstanbul
Banka Mühürü: İsmail Paşa Cad. No:1, Beşiktaş, İstanbul, 34398 İstanbul
www.garanti.com.tr

HERAFTAN EFT

ŞUBE ADI : GAYRETTEPE
MÜŞTERİ NUMARASI : 496214
HESAP NUMARASI : 226/6299639
İŞLEM TARİHİ : 18/02/2018
VERGİ DAİRESİ : BOĞAZIÇI KURUMLAR
VERGİ NO : 7520052831
İŞLEM YERİ : DIŞ TİCARET VE KRĐ.
DÜZENLENME TARİHİ : 26.03.2018
IBAN:TR46 0006 2000 2260 0006 2996 39

SAYIN
[REDACTED]
Büyükdere Cad. No:100 ENFA BİN
AŞ KAT:10 ESENTEPE
34394 ŞİŞLİ/İSTANBUL

EFT TİPİ : HESABA - REF NO: 9190192
A2420 TR08-A2420

ALACAKLI : ALANYA EGİTİM VE ARAŞTIRMA
ALACAKLI IBAN : TR46 0001 2009 8700 0005 0000 41
KOMİSYON HESABI : 00236 / 6299639 IBAN:TR46 0006 2000 2260 0006 2996 39
KOMİSYON : 1.19
BSMV : 0.06 TL
KOMİSYON TOPLAMI : 1.25 TL

YALNIZ OtuzSekizBinAltıYüzOtuzÜçTL, OtuzRe.

SIRA NO : 2018-02-18-12.21.27.414902

TUTAR : - 28.622,30 TL

DEKONT

ÖZEL SİGORTALAR KAPSAMINDA YAŞANAN PROBLEMLER

ÖZEL SİGORTALAR KAPSAMINDA YAŞANAN PROBLEMLER

Ana sigorta şirketi ile direk çalışılmıyor çünkü;

- ✓ Sigorta şirketleriyle anlaşma yapılabilmesi için protokol eksikliği
- ✓ Hastanelerimizde döviz tahsilatının yapılamaması

ÖZEL SİGORTALAR KAPSAMINDA YAŞANAN PROBLEMLER

Ana sigorta şirketi ile direk çalışılmaması ve anlaşma yapılamaması sonucunda;

- ✓ Türkiye'den bir asistan firma ile çalışmak zorunda kalmak
- ✓ Anlaşma olmamasına rağmen anlamsız form doldurma talepleri
- ✓ Hasta rahatsızlığının alkolle alakası olamasa bile alkol testi talepleri

**ÖZEL SİGORTALAR KAPSAMINA GİREN HASTA GRUPLARI
TRAFİK KAZALARI**



YATAN HASTA HİZMET İÇMALI

Hastanın Kayıt Bilgileri			
Hasta Kayıt No	2018034879	Geliş Tarihi	4.11.2017
Hasta Adı - Soyadı	[REDACTED]	Çıkış Tarihi	13.11.2017
T.C. No	[REDACTED]	Karne No	
Kurumu	TURİSTİN SAĞLIĞI	Sicil No	
Adresi	KATTA ÇITEC KÖYÜ		
Doğum Tarihi - Yeri	07.03.1937 - SHAHSAVAR/İRAN		
Cinsiyeti	E		
Doktor	BİROL ÖZKAL		
Servis	Dahili Yoğun Bakım (2 Basamak)-BİROL ÖZKAL		
Kurum Kodu	2	Sevki Tipi	
Takip No		Bağvuru No	
Provizyon Tipi	Acil	Defter No	A-5517-101-003-A-231215-32200870

TURİSTİN SAĞLIĞI

Muayene Bilgileri

Teghis(BCD)	Birincil Tanı?	Tanı Tipi	Sevki Tanımı?
J15 - Bakteriyel enfeksiyonlar, başka yerde sınırlanmamış	Hayır	Çok	Hayır
G04.5 - Helicobacter, diğer	Hayır	Çok	Hayır
I11 - Hipertansif kalp hastalığı	Hayır	Çok	Hayır
E11 - İnsülinle tedavi olmayan diyabetes mellitus	Hayır	Çok	Hayır
Z04.1 - Trafik kazası sonucu muayene ve gırtlak	Evet	Keskin	Hayır
S00.5 - Traumatik subkütan kanama	Hayır	Çok	Hayır

Yapılan Tedaviler

İşlem Tarihi	Tedavi Bilgileri	Fiyat	Miktar	Toplam Fiyat
04.11.2017 08:18:20	ANESTEZİ B ORULU (ÖZEL AMELİYATLAR VE GİRİŞİMLER)	1.120,80 TL	1	1.120,80 TL
04.11.2017 09:03:46	CERRAHI ELEVEN FUDRALI NO:7	0,43 TL	10	4,37 TL
04.11.2017 09:03:48	CERRAHI ELEVEN FUDRALI NO:7,5	0,43 TL	10	4,30 TL
04.11.2017 09:03:59	CERRAHI PEDI 10*20	0,00 TL	1	0,00 TL
04.11.2017 09:04:08	KOTER KALEMİ	2,81 TL	1	2,81 TL
04.11.2017 09:04:12	YANKAHER ASPİRASYON SETİ (STANDART)	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:04:16	YANKAHER ASPİRASYON (TOP UÇLU)	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:04:28	KESKİ MUMU 3,5 (BONE WAX)	3,68 TL	1	3,68 TL
04.11.2017 09:04:39	ENERJİTÖR STERİL (3 CC)	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:04:52	GYOTONIK SİRİNGASYON P2 1000 ML	5,72 TL	1	5,72 TL
04.11.2017 09:05:03	KANAMA DUR-BURJICILLI (REKORTEL OK ORJAL ORB 5*7,5CM)	22,88 TL	2	45,76 TL
04.11.2017 09:05:13	SPONJİSTAN	3,11 TL	1	3,11 TL
04.11.2017 09:05:31	VİORL 2 40 MM YUVARLAK	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:05:34	VİORL 2/0 35 MM YUVARLAK	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:05:37	VİORL RAPID 1 40 MM YUVARLAK	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:05:40	SPEK 0 İNŞAĞIZ	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:05:50	SPEK 2/0 26 MM KESKİN 75 CM	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:05:59	ENERJİTÖR STERİL (50 CC) ÇAM UÇLU	0,00 TL	1	0,00 TL
04.11.2017 09:06:05	OLY ŞTAPLERİ	0,78 TL	1	0,78 TL
04.11.2017 09:06:22	AIR-WAY NO:3 YERİL	0,36 TL	1	0,36 TL
04.11.2017 09:06:26	ASPİRASYON KATETERİ NO:16 OH 50 CM	0,25 TL	2	0,50 TL
04.11.2017 09:06:36	EKG ELEKTRODLU EPOR	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:06:43	ENERJİTÖR STERİL (10 CC)	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:06:47	ENERJİTÖR STERİL (2 CC)	0,00 TL	3	0,00 TL
04.11.2017 09:06:50	ENERJİTÖR STERİL (30 CC)	0,00 TL	3	0,00 TL



Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi



TURKİYE SAĞLIK Kurumu Genel Listesi

Fatura Tarihi : 01.11.2017

Fatura No / İzin No : 12000000

Klinik Kodu : 010010000		Klinik Adı : Adli Tıp Servisi		1		
Bölüm Kodu : 0100100		Bölüm Adı :				
Bölüm Tarihi : 01.11.2017		Adres / No : Alanya (07050) Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi				
Sıra	Tarih	Hesap Adı	Hesap Adı	Ücret	İzin Ücret	Tutar
1	01.11.2017		Öğretmene Hizmetleri	11	10.200,79	10.200,79
					Genel Toplam	10.200,79

SİGORTANIN ÖDEYECEĞİ ARADAKİ FARK

ÖZEL SİGORTALAR KAPSAMINA GİREN HASTA GRUPLARI

YÖNETMELİĞE GÖRE ACIL SAĞLIK HİZMETLERİ; 112 HİZMETİ

- ✓ Acil sağlık hizmetleri ve acil hasta nakilleri ücreti karşılığı sunulur. Ancak yurtdışında yaşayan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarına 112 acil sağlık hizmetleri ücretsiz sunulur.
- ✓ Ancak sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamındaki hastalar için sadece trafik kazası durumlarında kişiden ücret alınmaz. Bunun dışındaki durumlarda tahsilat alınır.
- ✓ Ambulans ile acil hasta naklinden elde edilen gelir, hastaya ilk müdahale eden müdürlük döner sermayesine yatırılır.
- ✓ Hastaların ambulans ile yurtdışından getirilmesi halinde ambulans nakil hizmet bedeli hastanın getirildiği ilin müdürlük döner sermaye hesabına yatırılır.

ÖZEL SİGORTALAR KAPSAMINA GİREN HASTA GRUPLARI



16.
Ankara Sağlık
Bakanlığı Sağlık Bakanlığı
Başkent Sağlık Kurumları Kurumu Genel Müdürlüğü

Alanya Eğitim ve Araştırma Hastanesi



TURKİYE SAĞLIK Kurumu Genel Lisesi

Fatura Tarihi : 01.11.2017

Fatura No / Servis No : / 00000000

Hastane No : 0000000000		Servis / Hastane : 100 Acil Ambulans Servisi		1		
Beyan No : 00000000		İsim :				
Beyan Tarihi : 01.11.2017		Adres / No : Ankara Yolu, Ankara Sağlık Kurumları Kurumu Genel Müdürlüğü				
Sıra	Tarih	Hastane No	Hastane Adı	İstif	İstif Tutarı	Tutar
1	01.11.2017	00000000	Acil Ambulans Servisi	11	25,00	25,00
2	01.11.2017	00000000	Acil Ambulans Servisi	11	25,00	25,00
3	01.11.2017	00000000	Acil Ambulans Servisi	11	10,00	10,00
Genel Toplam						60,00

AMBULANS İCMALİ



Worldwide Partners

AKV Service Deutschland GmbH
 Bahnhofstraße 16
 D-85609 Aschheim bei München
 Tel: +49 89 2 05 91 7300
 Fax: +49 89 2 05 91 1034
 med@akffv.de

LICHTBEREICH
 B.L.Z. 740 900 00
 KORTO-NR. 502 864 499
 UST-Id-Nr. DE 201000028
 SWIFT-BIC: BRESDE33
 IBAN: 7002 7000 0000 0000 0000 00

Geschäftsbüro:
 Philipp Kreuz (CEO),
 Oliver Kraft (COO), Olaf Hark (CFO)
 Vorstand: Uwe Reiche, Ralf Cramer
 Sitz der Gesellschaft: Aschheim bei München
 Registergericht: München I HR 125010

Absender-Fax: +49-89-20801-1931 / e-mail: [REDACTED].de
Gesendet am: 09.11.2017

Cost guarantee for inpatient treatment

Destination	[REDACTED] Hizmetleri A.Ş
Fax / e-mail	00902422595850
Copy to	[REDACTED] A.S. Turkey, Dr. Unalcin Ege Fax: 0090 242 259 5850
Our reference	MA APKV KV nicht-tariflich M317023162DEU
Policy number	AK-0570941341
Patient	Hessam Moghaddam
DOB	07.03.1937
Hospital	Alanya Aklu hospital
Treatment period	04.11.2017-13.11.2017 including private two bed room fees (if timeframe is not specified: valid for max. 5 days from the date of admission)
Diagnosis	Hirnblutung / cerebral bleeding, trauma after accident
Deductible	NI no deductible
Invoice address	[REDACTED]-AG 10870 Berlin
Invoice recipient	[REDACTED] mbH Abt. Leistung Medizin Bahnhofstraße 16 85609 Aschheim bei München Deutschland

Dear Sirs,

on behalf of [REDACTED] Krankenversicherung AG we herewith declare that for the above-mentioned person we shall take over the costs incurred for the treatment related to the diagnosis mentioned above, provided that this treatment has become immediately necessary from a medical viewpoint, including the costs for necessary hospitalisation. This cost guarantee is valid for the period of treatment indicated above up to a maximum amount of 15.000 €. Should the costs for the treatment exceed this limit or should you wish to extend the timeframe of treatment, please inform us immediately. Any increase of the limit or extension of the period of treatment requires our written agreement. Prior to further cost guarantees, we require a diagnosis and prognosis of treatment.



HESAPTAN EFT

ÖBÜS ADI : GAYRETTEPE
MÜŞTERİ NUMARASI : 496914
HESAP NUMARASI : 296/6299699
İŞLEM TARİHİ : 18/02/2018
VERGİ DAİRESİ : BOĞAZİÇİ KURUMLAR
VERGİ NO : 7520052831
İŞLEM YERİ : DIŞ TİCARET VE KRĐ.
DÖZENLENME TARİHİ:26.02.2018
IBAN:TR46 0006 2000 2360 0006 2996 39

SAYIN
[REDACTED]
BUYURDERE CAD. NO:100 ENKA BİN
AŞ KAT:10 ESENTEPE
34394 ŞİŞLİ/İSTANBUL

EFT TİPİ : HESABA - REF NO: 9190192
A2420 TR08-A2420

ALACAKLI : ALANYA EGİTİM VE ARAŞTIRMA
ALACAKLI IBAN : TR48 0001 2009 8700 0008 0000 41
KOMİSYON HESABI : 00236 / 6299699 IBAN:TR46 0006 2000 2360 0006 2996 39
KOMİSYON : 1,19
BSMV : 0,06 TL
KOMİSYON TOPLAMI : 1,25 TL

YALNIZ OtusSekizBinAltaYüzOtuzÜçTL, OtuzKr.

SIRA NO : 2018-02-18-12.21.27.414202

TUTAR : - 26.622,20 TL



T.C. Sağlık Bakanlığı

TURİSTİN SAĞLIĞI HASTALARININ SİGORTA İŞLEMLERİ VE PROVİZYON SÜREÇLERİ

TEŐEKKÜRLER