

TÜRKİYE BAROLAR BİRLİĞİ
SOSYAL YARDIM VE DAYANIŞMA FONU
SOSYAL YARDIM VE DAYANIŞMA YÖNERGESİ NO: 1
TEDAVİ YARDIMLARI ESASLARI

Amaç

Madde 1 – Sosyal Yardım ve Dayanışma Fonu Yönetmeliğinin 17-1/a maddesinde belirtilen Tedavi Yardımlarının yapılmasına ilişkin yöntem ve kuralların belirlenmesidir.

Kapsam

Madde 2 – Bu Yönergede Tedavi Yardımlarından yararlanabilecekler, yapılacak yardımın miktarı, sınır ve yüzdeleri, yardım talebi için verilmesi gereken belgeler, ödeme esasları, Tedavi Yardımının yapılması ve yardım yapılmayacak haller düzenlenmiştir. Bu Yönergede yer alan kavramlar için Yönetmelik ile 3. maddede belirlenen tanımlar geçerlidir.

Dayanak

Madde 3 – Bu Yönerge, Yönetmeliğin 18. maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

Madde 4 – Yönergede yer alan kavramlardan;

Tedavi Yardımı: Üyelerin 6. maddede belirtilen teminatlara ilişkin giderlerinin, belirli sınır ve yüzdelerle Üyeye ödenmesini,

Teminat: Bedelleri belirli sınır ve yüzdelerle ödenecek olan ve 6. maddede belirtilen Sağlık hizmetlerini, ilaç ve tıbbi malzeme bedellerini,

Yatarak Tedavi: Üyelerin sağlık kuruluşlarında en az bir gece geçirmesi halini,

Müşavir Hekim: Tedavi ve Geçici İş Göremezlik Yardımı taleplerine konu olan belgeleri tıbbi ve teknik yönden inceleyip, ödeme esaslarına uygunluğunu denetleyecek ve yapılabilecek yardım hesaplamasını yapacak hekimi,

İstisna: Bedeli ödenmeyecek sağlık hizmetleri, hastalık ve yaralanma halleri ile malzemeler ve hizmetlere ilişkin giderleri,

SUT: T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğini,

HUV Ücret Tarifesi: Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Uygulamaları Veritabanı Ücret Tarifesini,

Eş ve Çocuk: Avukatın, adına dayanışma aidatı ödediği eş ve çocuğunu,

Dayanışma Aidatı: Levhaya kayıtlı avukatın eş ve çocuklarına tedavi yardımı yapılabilmesi için kişi başına ödenmesi gereken ve miktarı yıllar itibarıyla Yönetim Kurulu'nca belirlenecek tutarı,

Tıbbi İşlem Farkı: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sözleşmeli olan Sağlık kurum ve kuruluşlarının, hastalardan SGK Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenen sağlık hizmet bedelleri üzerinden alabilecekleri oranlı ilave ücreti,

İstisnai /Özel Hizmet Farkı: Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile sözleşmeli olan Sağlık kurum ve kuruluşlarının, hastalardan SGK Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonunca belirlenerek tutarları ilan edilen istisnai sağlık hizmetleri ve otelcilik hizmet bedelleri üzerinden alabilecekleri katlı ilave ücreti,

Katılım Payı: Bu Yönergede, Tedavi Yardımının tespiti için yapılacak hesaplamalarda uygulanacak olan kesintileri,

Epikriz: Tanı, tedavi, yapılan tüm tıbbi/özel işlemleri ve sonucu gösterir hekim ve hastane onaylı belgeyi,

Sosyal Yardım Tespit Tutanağı: Hangi tür yardımın ne tutarda yapılacağını, reddedilmişse gerekçesini ve varsa görüşleri de içeren ve başvuru sonuçlarını gösteren, Müşavir Hekim ve Danışma Kurulu Başkanı tarafından ıslak imza veya elektronik imza ile onaylanan tutanağı,

Üye : Bu Yönerge kapsamında yapılan tedavi yardımlarından yararlanabilecek kişileri,

İfade eder.

Tedavi Yardımlarından Yararlanma Esasları ve Teminatlar

Madde 5 – Tedavi Yardımlarından, baro levhasına kayıtlı olup, barosuna karşı yükümlülüklerini yerine getiren avukatlar ile, bu yönergede belirtilen koşullarda olmak üzere stajyer listesine kayıtlı avukat stajyerleri yararlanabilir. Bu yardım; 01.02.2012 tarihinden itibaren Üyelerin yurt içi sağlık kuruluşlarında gördükleri tedavilerinin 6. maddede belirtilen teminatlar kapsamında olması, Yönergede belirtilen esaslar doğrultusunda Fon Müdürlüğüne başvuruda bulunulması ve yapılacak değerlendirmeler neticesinde tespit edilecek yardım tutarının Üyelere veya doğrudan sağlık kuruluşlarına ödenmesi şeklinde yapılacaktır.

Üyelerin yıllık yararlanabilecekleri tedavi yardımı genel limiti, yardım hesaplamasına esas teşkil edecek tıbbi işlemler birim limitleri ve katılım payları, bu yönergenin eki olan “EK-1 limitler cetvelinde” her farklı grup üye için ayrı ayrı olmak üzere gerektiğinde güncellenecek şekilde belirtilmiştir.

Tedavi yardımlarından yararlanma hakkı, tedavi tarihinden itibaren bir yıl sonra sona erer. Üyelerin tedavi hizmetlerine erişimini kolaylaştırmak ve nitelikli hizmet alabilmelerini sağlamak amacıyla sağlık kurumları ile ikili anlaşmalar yapmaya Yönetim Kurulu yetkilidir.

Teminatlar

Madde 6 – Üyelerin yurt içi sağlık kuruluşlarında gördükleri yatarak tedavilerine ait;

6.1- Süt oda hariç; tek kişilik oda, yemek ve refakatçi masrafları,

6.2- Yoğun bakım ünitelerindeki tedavileri,

6.3- Yatarak tedavide kullanılan tanı ve tedavi yöntemleri, ilaç ve gerekli tıbbi malzeme ile protez-ortez giderleri,

6.4- Hekim tarafından tıbbi gerekliliğin raporla belgelendirilmesi koşuluyla, ameliyat sonrası üç (3) ay içerisindeki fizik tedavi giderleri veya nörolojik bir hastalığa bağlı olarak gelişen paraparezi, parapleji, tetrapleji gibi güç çareli hastalıklar nedeniyle yıllık 45 seansa kadar ayaktan veya yatırılarak yapılan fizik tedavi giderleri,

6.5- Koroner anjiyografi uygulamasında gerek duyulabilecek stent ve diğer her türlü malzeme, invaziv anjiyografi yerine yaptırılan CT veya MR koroner anjiyografi işlemi ile ilgili giderler,

6.6- Taş kırırma (ESWL),

6.7- Hastanede yatış/yatış işlemleri gören onkoloji hastalarının tedavileri sırasında kullanılmasının/uygulanmasının zorunlu olması halinde; Türkiye’de bulunmayan, muadili olmayan, Sağlık Bakanlığı’nın izniyle ithal edilen akıllı ilaç ve bu hastalara uygulanan ancak HUV ve SUT tarifesinde işlem kodu bulunmayan ve heyet raporu ile uygulanmasının hayati öneme sahip olduğu belgelenen özel işlem bedelleri (yılda bir defa olmak kaydıyla ve bu Yönergenin 5. Maddesinde geçen Ek-1 limitler Cetvelinde belirlenen yıllık yardım limitinin en fazla %20’sine kadar) ödenir.

6.8- Teminat dâhilindeki bir rahatsızlığa bağlı olarak hastaneye yatış ve operasyon halleri,

6.9- Üyenin hastanede yatış işleminin gerçekleşmesi koşuluyla; bulunduğu mahalden hastaneye götürülmesi veya hastaneden hastaneye yatarak tedavi amaçlı nakillerindeki şehir içi veya şehir dışı ambulans hizmet bedelleri,

6.10- Estetik amaç taşımamak üzere; gerekliliğinin doktor raporuyla belgelenmesi ve meydana gelen hastalık ya da kaza sonucu fonksiyon kaybına uğramış organın fonksiyonlarını yerine koyma amacıyla takılan, el, kol, bacak protezleri ile kanser sonrası meme protezine ilişkin suni uzuv giderleri,

6.11- Travma sonrası olmak koşuluyla; kırık, çıkık, kas patolojileri nedeniyle acil servislerde yapılacak alçı, atel v.s. uygulamaları,

6.12- Travma sonucu oluşan ve görünüm bozukluğuna veya fonksiyon kaybına neden olan cilt ve kemik dokuya ait kalıcı patolojilerin giderilmesi için Üyenin sağlık durumunun ve müdahalenin tıbben gerekliliğinin doktor raporu, tıbbi tetkik, röntgen, Bilgisayarlı Tomografi, MRI, fotoğraf v.b. ile belgelenmesi koşuluyla yapılan plastik ve rekonstrüktif cerrahi tedavi işlemleri,

6.13- KBB uzmanı tarafından yapılan, estetik amaç taşımayan, tıbben tedavisi gerekli olan ve durumun doktor raporu ile belgelendirilmesi koşuluyla gerçekleştirilen burun operasyonları,

6.14- Hastanede yatarak yapılan Geriatrik tedavi giderleri.

6.15- Organ yetmezliği olan (nakil ihtiyacı olmayan kalp yetmezliği hariç) veya kanserli hastaların tıbben zorunlu ayaktan veya yatarak kontrollerine ait giderler (epikriz ile belgelenmesi koşulu ile)

6.16- Yatarak veya ayaktan yapılan Radyoterapi ve ilaçları hariç olmak üzere kemoterapi giderleri.

6.17- Acil başvurularda yapılması uygun görülen müdahalenin aciliyet gerektiren bir tanı ile yapılması koşuluyla ayaktan yapılan cerrahi müdahale giderleri,

6.18- SGK mevzuatı çerçevesinde özel veya kamu sağlık kuruluşlarından alınan Kardiyoloji ve Periferik Kardiyoloji Vasküler Cerrahi işlemler için ödenen ve SUT hükümlerine uygun olarak tahakkuk eden fark ücreti,

6.19- Operasyon sonrası kanser olduğu anlaşılan ben ve cilde ait girişimler

6.20- Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği sınıflamada Vücut Kitle İndeksi (VKİ) 40 kg/m² ve üzerinde olan, endokrin patolojisinin olmadığı ve obezite cerrahisinin zorunlu olduğu heyet raporuyla belgelendirilen obezite ile ilgili operasyon giderleri,

6.21- Heyet raporuyla estetik amaç taşımadığı ve tıbbi gereklilik olduğu belirtilen meme küçültme ameliyatları ile Ailesel veya Hereditör (Kalıtımsal) meme kanseri nedeniyle yapılan önleyici mastektomiler ile ilgili operasyon giderleri,

6.22- Malignite şüphesiyle tanı amaçlı ayaktan veya günübürlük yatışla yapılan İnce İğne, Tru Cut biyopsiler ile polipektomi veya biyopsi sonrası displazi gibi premalign bir lezyon olduğu saptanan veya gastrointestinal kanama odağının araştırılması için yapılan endoskopi ve kolonoskopiler, 50 yaş ve üzeri hastalarda ise yapılan tüm endoskopi ve kolonoskopiler ile ilgili giderler,

6.23- Hematoloji/Onkoloji alanında uygulanan kök hücre tedavisi dışında kalan ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile Türk Tabipleri Birliği Hekimlik Uygulamaları Veritabanı (HUV) 'da yer almayan, ancak tedavisi güç olan herhangi bir hastalık için uygulama yapılmasının faydalı olacağını hekim raporu ile belgelendirildiği kök hücre tedavileri için yılda bir defa olmak üzere, üyenin yıllık yardım limitinin %20'sine kadar yardım yapılmasına Danışma Kurulu'nun önerisi ile Yönetim Kurulu yetkilidir.

Limitler cetvelinde belirtilen Limitler dâhilinde ve Katılım Payları ile 7. madde'de belirtilen İstisnalar hariç olmak üzere yardım kapsamındadır.

İstisnalar

Madde 7 – Üyeler tarafından;

7.1- Cürüm işlemek ve cürüme teşebbüs,

7.2- Esrar, eroin gibi uyuşturucuların kullanımı,

7.3- Ruh ve sinir hastalıkları, psikoterapi, psikiyatrist ve psikolog giderleri ile danışmanlık hizmetleri, tüm psikiyatrik ilaçlar ve bu ilaçların kullanımına bağlı komplikasyonlar ile tüm psikiyatrik yatışlar (en az 2 en fazla 20 gün ile sınırlı olmak üzere Ek-1 limitler cetvelinde bulunan yatak + refakat ücreti hariç) zeka testi ve benzeri tetkikler, (kanser ve organ nakli nedeniyle yapılan yatarak tedavilerdeki psikiatri konsültasyonu hariç)

7.4- Alkolizm, alkol, uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen ve diğer madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı neticesinde meydana gelen bütün durumlar,

7.5- Üyenin sağlığını tehlikeye sokmaksızın Hastaneye yatırılmadan da yürütülebileceği tıbben kabul edilen tedaviler, incelemeler ve işlemlerin hastanede yatırılarak yapılması,

7.6- Belirli bir belirti ve/veya hastalığa bağlı olmadan yapılan tüm işlemler (Örn.check-up, kontrol amaçlı hastane yatışları),

7.7- Diş ve diş eti ile ilgili yapılan tüm muayene, tedavi, cerrahi müdahale, ilaç ve protez giderleri,

7.8- Kansere bağlı olmayan işlemler sonrası memede oluşan deformasyon için kullanılan protezler, her türlü protez tamiri, ortopedik tabanlık, boyunluk, dizlik, lenfödem bası koluğu, askı v.b., her türlü yardımcı ve haricen kullanılan koklear implant, holter cihazı gibi tıbbi malzemeler ile ilgili giderler, (Yatarak tedavide holter cihazı ödenir, uyku apnesi için kullanılan CPAP-Continuous Positive Airway Pressure-Sürekli Pozitif Havayolu Basıncı cihazı ise uyku sırasında ani ölüm riski nedeniyle ödenir.)

7.9- 6.12 inci maddede tanımlananlar hariç tüm estetik ve plastik cerrahi işlemleri; yüzeysel varis tedavisi, ben-siğil skar dokusu alımı, cilde ait benign kist/lipom alımı (5 cm üzeri olan lezyonlar ödenir) , şaşılık, görme tembelliği, tırnak çekimi, estetik amaçlı aşı ve enjeksiyonlar, kozmetik ve estetik tedaviler, doktor nezaretinde yapılmış olsa dahi kaplıca, termal, otel ve benzeri tesislerde yapılan her türlü kür, iyileştirme, fizik tedavi giderleri, Vücut Kitle İndeksi (VKİ) 40 kg/m2 altında olan hastalardaki cerrahi işlem giderlerinin yanı sıra ilaç, diyetisyenlik hizmet giderleri ve yaş kitle

ölçüm testleri dâhil tüm obesite tedavileri, anorexia, masaj, diyet, jimnastik salonları, zayıflama merkezleri vb. konularla ilgili giderler ile estetik ve güzellik merkezlerinde yapılan tüm muayene, tetkik ve tedavi giderleri,

7.10- Akupunktur, homeopati, hidroterapi, jakuzi, hipnoz, ayurveda, mezoterapi, ozon terapisi v.b. alternatif tıp yöntemleri, alternatif tıp merkezlerinde yapılan muayene ve tüm tedavi giderleri, bilimselliği kanıtlanmamış tedaviler, deneysel tedaviler ve deneysel aşamada olduğu kabul edilen tedavilerle ilgili tüm giderler,

7.11- Gözdeki kırma kusuruna yönelik her türlü müdahale ve cerrahi tedavi yatarak yapılmış olsa dahi (Göz dereceleri 6 derece ve üstü miyop, hipermetrop ve astigmat olanlar için yapılan göz içi lens implantasyon cerrahisi giderleri ödenir.) teminat dışıdır.

7.12- Acil de olsa normal, müdahaleli, cerrahi Doğum, gebelik sürecindeki gebelik doğrudan veya dolaylı ilişkili sorunlar nedeniyle olan yatarak tedaviler, tıbbi nedenli de olsa küretaj, infertilite (kısırlık), düşük araştırması ve hamileliğin gerçekleşmesinin sağlanması ile ilgili tüm tetkik ve tedavi giderleri (tüp bebek, follükül takibi, spermiogram, embriyo saklama, adhezyolizis, mikro-enjeksiyon, tuboplasti v.b), histerosalpingografi (HSG), iktidarsızlıkla ilgili tüm tetkik ve tedaviler (penil protez), doğum kontrol yöntemleri, jinekomasti, cinsiyet değiştirme ile ilgili ameliyat ve tedaviler ile, yatarak da olsa gebeliği korumaya veya sonlandırmaya yönelik müdahale, (dış gebelik rüptürü hayati risk taşıdığından ödenir.) tanı ve tedavi işlemleri ve amniosentez, tarama testleri gibi bebeğe ait tanı yöntemleri,

7.13- Allerjiye yönelik testler ve aşılammalar (solunum sistemini etkileyen astım ve olası komplikasyonları ile ilgili yatışlar/tedaviler, akut allerjik reaksiyonlar sonucu gelişen ve yaşamı tehdit eden acil tıbbi müdahale gerektiren allerjik durumlara ait yatarak yapılan girişim ve tedaviler hariç),

7.14- Alkol, kolonya, her türlü sabun, şampuan, saç solüsyonu, lens solüsyonları, diş macunu, hidrofil pamuk, termometre, şeker ölçme stikleri ve kartuşları, buz kesesi, sıcak su torbası, tatlandırıcı v.b. yardımcı tıbbi malzemeler, nemlendirici amaçlı ürünler, kozmetikler, Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmamış ilaç giderleri, gözlük cam çerçeve, kontak lens giderleri,

7.15- Uyku apnesi için yatışlar ve uyku testi gibi tetkik yöntemleri.

7.16- Tüm aşılmmar ve diğer koruyucu hekimlik uygulamaları,

7.17- 6.4 ve 6.22 inci maddede tanımlananlar hariç ayaktan yapılan tüm teşhis ve tedavi uygulamaları, düzenlenen reçeteler, kullanılan ilaçlar,

7.18- Her türlü diyaliz giderleri (KBY dışında bir nedenle yatırılan ancak yatarak diyaliz gereksinimi doğan olgulardaki diyaliz giderleri ödenir.)

7.19- Akut veya kronik hastalıklar nedeniyle göz içi, eklem içi, cilt altı veya herhangi bir bölgeye, hangi nedenle olursa olsun tek doz eya sürekli uygulanan enjeksiyonlar veya bunlara ait ilaç bedelleri,

7.20- Her türlü Genetik Testler

Sebebiyle yapılan masraflar teminat dışındadır.

Tedavi Yardımı Başvuruları

Madde 8 – Üyelerin Tedavi Yardımı talepleri; doğrudan hastane tarafından SYDF Müdürlüğüne yapabileceği gibi, kendisi tarafından UHAP kişisel erişim sayfası üzerinden kayıtlı veya Kayıtlı olduğu baro tarafından UHAP Programı SYDF Modülü üzerinden başvuru sonrası üst yazı ile de

yapılabilir. Başvuru usulleri SYDF Yönetmeliğine uygun olarak düzenlenmiş Çalışma Yönergesinde tarif edilmektedir.

Tedavi yardımı talebinde bulunacak üyelerin sağlık kuruluşundan tedarik edeceği ve Fon Müdürlüğüne göndereceği belgeler:

a) Aslı olması şartıyla hastane faturası ve faturaya konu olan tüm işlemleri işlem fiyatları ile gösteren dökümlü eki,

b) Her bir tedavi işlemi için kesilen faturanın ekinde; yapılan tüm tanı-tedavi işlemlerini gösteren onaylı epikriz, gerekmesi halinde ayrıntılı ameliyat raporu, müşahede dosyası, Patoloji raporu, teşhis yöntemleri uygulandıysa sonucu gösterir rapor,

c) Varsa reçete, ilaç kupürleri ve faturaların asılları.

Yazar kasa fişi veya makbuzlar kabul edilmez. Faturalar mümkün olduğu kadar ayrıntılı, Paket Tedavi Uygulamalarında paket adı ve SUT kodu, paket dışı tedavi uygulamalarında ise ücretlendirilen tüm işlemler; örneğin yatak/gün sayısı, operasyon adı, yapılan tüm tetkikler her birinin karşısında fiyatı olacak ve yardımın üyeye hızlı ulaştırılabilmesi için mümkünse SUT kodlarını içerecek şekilde ayrıntılı olarak gösterilmelidir.

d) FON ile anlaşmalı hastanelerden alınan hizmetler için, evraklar hastane tarafından iletileceğinden, tedavi yardımı için üye tarafından herhangi bir belge gönderilmesi gerekmemektedir. Bu durumda üyeye yapılabilecek tedavi yardımı toplam tutarı doğrudan anlaşmalı hastanenin hesabına aktarılır.

e) Üyeler yardım taleplerini, yukarda belirtilen belgeler ile UHAP kişisel erişim sayfası üzerinden yapacakları başvuru çıktısını imzalayıp doğrudan Türkiye Barolar Birliği'ne postalayarak yapabilecekleri gibi, tüm belgelerini kayıtlı olduğu baroya teslim edip TBB ye ulaşmasını sağlatarak da yapabilirler.

f) FON tarafından yapılacak hesaplama sonrası üyeye yapılacak yardım, UHAP kişisel erişim sayfası / UHAP Programı SYDF Modülü üzerinden yapılan başvuru sırasında sisteme kaydedilen üye adına açılmış hesaba aktarılır. Üyenin herhangi bir nedenle kendi adına banka hesabı olmaması veya hesabına ulaşmasının güç olduğu durumlarda bağlı olduğu baro hesabına da yatırılabilir. Eşi de olsa bunlar dışında herhangi bir hesaba yardım aktarılamaz.

Uygulanacak Limitler, Katılım Payı Oranları ve Ödeme Esasları

Madde 9 – Bu Yönergede izah edilen usul ve esaslara uygun olması şartıyla Üyenin yaşına veya Baro levhasına kayıtlılık süresine bakılmaksızın,

9.1- Her bir Üye için yapılacak Tedavi Yardımları yıllık limitler dâhilinde ve aşağıdaki esaslara göre belirlenir;

9.1.1- Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) sigortalısı olarak SUT ilkeleri çerçevesinde alınan tedavi hizmetleri ile sahip olduğu özel sağlık sigortası çerçevesinde alınan tedavi hizmetlerinde; herhangi bir fark ücreti çıkmaması durumunda, hastanede yatarak geçirilen en az 2 en fazla 20 gün ile sınırlı olmak üzere günlük Ek-1 limitler cetvelinde bulunan yatak + refakat ücretinin %50 sine kadar üyeye ödenir.

9.1.2- SGK ile anlaşması olup, SUT Yasal Farkı üzerinde bedelle hizmet veren hastanelerde yardım tavanı SUTx5 'e kadar uygulanabilir.

9.1.3- SGK ile anlaşması bulunmayan Hastaneler ile yapılacak ikili anlaşmalarda Fon ödemesi hekimlik hizmetleri için tavan 0,7 x HUV, diğer hizmetler için ise 0,5 x HUV ile sınırlı olmak üzere, öğretim üyeleri için anlaşma tavanı 1 x HUV 'ye kadar uygulanabilir. Ancak aradaki fark hasta tarafından hastaneye ödenir ve bu tutar FON'dan talep edilemez.

9.1.4- Türkiye Barolar Birliği ile anlaşması olmayan tüm hastanelerden (SGK Anlaşması bulunup bulunmadığına bakılmaksızın) alınan tedavi hizmetleri için yardım tavanı SUTx5 ile sınırlı olmak üzere ödeme yapılır. Ancak SUT Ek-2G listesinde bulunan ve SUT mevzuatı 1.9.3 maddesi gereği ilave ücret talep edilmeksizin verilmesi gereken tedavi hizmetleri için bu oran SUTx1 olarak uygulanır.

9.1.5- Türkiye Barolar Birliği Sosyal Yardım ve Dayanışma Fonu, belirlenen limitler dahilinde olmak üzere; %20 katılım payı kesilmeksizin %100 ödemeli olacak şekilde hastaneler ile ikili anlaşmalar yapabilir.

9.1.6- Tedavi yardımlarının ödeme oranının belirlenmesinde; o tedavi işlemi için yapılan toplam harcama bedeli esas alınır.

9.1.7- İşlem birim fiyatlarını HUV Ücret Tarifesi karşılıkları oranında uygulamaya Yönetim Kurulu yetkilidir. SUT ve HUV listelerinden birinde olmayan işlemler, ameliyathane kullanım bedeli hariç faturalandırılmaz. Bu tür işlemler faturada belirtilmiş olsa dahi yardım hesaplamasında dikkate alınmaz.

9.1.8- Yukarıda fiyatlandırma birim limitlerinden daha yüksek bir fiyatla tedavi hizmeti alınması veya işlem detaylarının yeterince belirtilmediği fatura teslimi durumlarında; faturanın dökümlü eki, yapılan tüm tıbbi/özel işlemleri gösteren epikriz veya raporlara dayanılarak aynı işlemlerin HUV ücret tarifesindeki karşılıkları toplamını geçmemek üzere “olağan dışı tedavi yardımı” yapılması hususunda karar vermeye Yönetim Kurulu yetkilidir.

10.1- Üyelerin yararlanacağı hizmet kalitesinin arttırılmasını teminen; faturada gösterilmesi koşuluyla ve Ek-1 limitler cetvelinde belirtilen limitler uygulanmak üzere;

Tedaviye ek yardımlar

10.1.1- Stendler: Her türlü stend kullanımının gerektiği durumlarda tipine/türüne bakılmaksızın,

10.1.2-Hastane Yatak: Yatarak yapılan tedavilerde, tedavi uygulamalarına ek olarak; Yoğun Bakım Yatak, Hasta Yatak, Refakat Yatak

10.1.3- Ambulans: Üyeye uygulanacak tedavinin yatarak olması koşuluyla şehir içi nakillerde ve şehir dışı nakillerde

10.1.4- Paket Dışı İşlemlerde Tıbbi Malzeme: Paket Dışı İşlemlerde Tıbbi Malzeme: Vaka başına Ek-1 limitler cetvelinde belirtilen tutar kadar ödenir. Bu limiti 3 kata kadar arttırmaya Yönetim Kurulu yetkilidir.

10.1.5- İşitme Cihazı: KBB uzmanı tarafından düzenlenmiş sağlık raporuyla belgelenmesi durumunda, 3 yılda bir kez Ek-1 limitler cetvelinde belirlenen tutar kadar olmak üzere, fatura aslı karşılığı ödenir.

10.1.6- Üyelere ödenecek **tekerlekli sandalye** bedelleri, kalıcı ve tam yürüme bozukluğunun Sağlık Kurulu Raporuyla tespiti ve Üye tarafından tekerlekli sandalye alındığının fatura ile belgelenmesi şartıyla; 2 yılda bir kez olmak üzere Ek-1 limitler cetvelinde belirtilen tutarla ödenir.

10.1.7- Üye, Eş ya da bakmakla yükümlü olduğu çocuklarının herhangi birinin sağlık amacıyla yapacağı şehir dışı konaklamalarda, TBB tesislerinden faydalanmaları halinde, durumun belgelenmesi koşuluyla bir refakatçisi ile birlikte, konaklama bedelleri, bir oda ve 7 gün ile sınırlı olmak üzere Yönetim Kurulu kararı ile SYDF tarafından karşılanabilir.

Yürürlük

Madde 11 - Bu Yönerge Yönetim Kurulunun kabulü ile yürürlüğe girer.

Yürütme

Madde 12 - Bu Yönerge hükümleri SYDF Müdürlüğü tarafından yürütülür.