

Gray

MEDILIFE SAĞLIK HİZMETLERİ TİC. LTD. ŞTİ
 FEVZİ ÇAKMAK MAH. Fevzi Çakmak Mah. Osman Gazi Cad. No: 173
 BAĞCILAR / İSTANBUL
 Tel: (212)866-80-80 Fax: (212)866-80-83
 Web Sitesi: http://www.medilife.com.tr
 E-Posta: efatura@medilife.com.tr
 Vergi Dairesi: ESENLER
 VKN: 6130763950
 TİCARET SİCİL NO: 871954
 MERSİS NO: 0613076395000011



e-FATURA



SAYIN

Groupama Sigorta A.Ş.
 Eski Büyükdere Cd. Groupama Plaza No: 2 MASLAK

/ İSTANBUL

Tel: Fax:

Web Sitesi:

E-Posta:

Vergi Dairesi: Büyük Mükellefler

VKN: 1440037893

Özelleştirme No:	TR1.2
Senaryo:	TİCARİ FATURA
Fatura Tipi:	SATIS
Fatura No:	MSY2021000004219
Fatura Tarihi:	05.11.2021
Provizyon No:	P14092021105927534
Provizyon Tarihi:	05.11.2021

ETTN: 64f55309-9477-40e0-97ea-342f7f0f2a23

Sıra No	Mal Hizmet	Miktar	Birim Fiyat	İskonto Oranı	İskonto Tutarı	KDV Oranı	KDV Tutarı	Diğer Vergiler	Mal Hizmet Tutarı
20442894	Çocuk Hastalıkları Muayenesi	1 Adet	138,37 TRY	%0,00	0,00 TRY	%8,00	11,07 TRY		138,37 TRY

Mal Hizmet Toplam Tutarı	138,37 TRY
Toplam İskonto	0,00 TRY
Hesaplanan KDV(%8.00)	11,07 TRY
Vergiler Dahil Toplam Tutar	149,44 TRY
Ödenecek Tutar	149,44 TRY

YAZI ile ; YÜZKIRK DOKUZ TL KIRK DÖRT Kr

Not:

#PRT_NO 7905178
 #HASTA_AD_SOYAD AYSİMA PARLAK
 #HASTA_TCKN 54559758974
 #HASTANE_SKRS_NO 555226
 #PROVIZYON_NO P14092021105927534
 #PROVIZYON_TARIHI 2021-11-05
 #POLICE_TIP 1
 #IBAN_NO QNB Finansbank TL - şubesi TR390011100000000044252273 | Garanti BBVA TL - şubesi TR120006200010600006289261 | Türkiye Finans TL - şubesi TR600020600159025970340001 | Türkiye Finans USD - şubesi TR760020600159025970340101 | Türkiye Finans EURO - şubesi TR490020600159025970340102
 #HASTA_KİMLİK_SERİ_NO

İBRANAME



GROUPAMA SİGORTA GENEL MÜDÜRLÜK

Tarih/Saat : 14/09/2021 00.00

Groupama Provizyon Numarası	P14092021105927534
Dosya Numarası	20211000196722
Sağlık Kurumu	ÖZEL BAĞCILAR MEDILIFE HASTANESİ
Sigortalı No	20981393
Sigortalı Adı - Soyadı	AYSİMA PARLAK
Poliçe No	20981393
Grup Adı/Plan Adı	
TCKN	54559758974
Yatış Tarihi / Çıkış Tarihi	/
Hastalık Adı	Akut bronşit { J20 } Üst solunum yolu diğer hastalıkları { J39 } Teething sendromu { K00.7 }

Teminat/lar	Talep Tutar	Onay Tutar	Talep Edilemez Tutar(*)	Sigortalı Ödeme Tutarı(**)		
				Katılım	Kapsam Dışı	Limit Aşımı
LABORATUVAR (TAHLİL) -	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
AYAKTA TEDAVİ						
DOKTOR MUAYENE -	149,44	149,44	0,00	0,00	0,00	0,00
AYAKTA TEDAVİ						
Toplam	149,44	149,44	0,00	0,00	0,00	0,00

(*) Sigortalıdan ödeme talep edilemez tutardır.

(**) Sigortalı tarafından ödenecek tutar 0.0 TL dir.

20981393 'nolu grup/ferdi sağlık sigortası poliçesi kapsamında sigortalı/sigorta ettiren sıfatı ile, sağlık sigortası teklifi sunulabilmesi, sağlık riski değerlendirilmesi yapılabilmesi, sigorta poliçesi kapsamındaki yükümlülüklerin yerine getirilebilmesi ve tazminat başvurularının değerlendirilerek sonuçlandırılabilmesi amacıyla kişisel sağlık verilerimin, sigortalılık kayıtlarımın ve sağlık durumum ile ilgili bilgi ve kayıt kopyalarının Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezinden (SBGM), Sosyal Güvenlik Kurumundan, Sağlık Bakanlığından, sağlık kurum ve kuruluşlarından, mevcut ve/veya diğer sağlık sigortası şirketlerinden, hekimlerden ve/veya ilgili mevzuat ile belirlenen tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşlardan ve üçüncü şahıslardan, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuata uygun olarak toplanmasına, işlenmesine, güncellenmesine, periyodik olarak kontrol edilmesine, veri tabanında tutulmasına; Kişisel Verilerin Korunması Kanunu ve ilgili mevzuata uygun olarak, sözleşmenin ifası amacıyla ilgili kamu kurum ve kuruluşlarıyla, sözleşmenin mahiyeti gereği 3. kişi ve kuruluşlarla, Türkiye'de veya yurtdışında mukim olan hizmet sağlayıcı firmalar ile paylaşılmasına ve kişisel verilerimin belirtilen 3. şahıslar tarafından işlenmesine rıza veriyorum.

Ayrıca, kendim ve/veya sigorta kapsamındaki aile bireylerimin sağlığı ile ilgili olarak Sigorta şirketinin ilgili Mevzuat kapsamında istenen bilgileri SBGM' ye (Sigorta Bilgi Gözetim Merkezi) ilettiğini, SİGORTALI hakkında bilgi sahibi olan hekimlerden, sağlık kuruluşlarından, Sigorta şirketi ya da diğer kişi ve kuruluşlardan, (Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi, TC Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu,vb) bilgi toplamasına izin verdiğimi ve gerektiğinde daha fazla bilgi sağlayacağımı kabul ediyorum.

SİGORTALI/KANUNİ TEMSİLCİSİ

ADI SOYADI :

TARİHİ :

İMZA :

ONAY VEREN

ADI SOYADI :

Groupama

TARİHİ :

İMZA :

Neside PARLAK
Neside

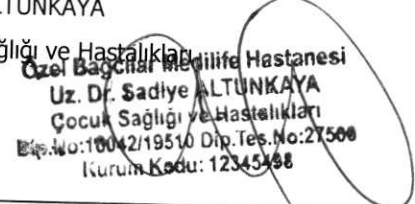
ÖZEL SAĞLIK SİGORTASI HASTA BİLGİ FORMU

Bu form hastadan alınan bilgiler, fiziki muayene bulguları, tetkik sonuçları ve poliklinik kayıtlarındaki bilgiler doğrultusunda eksiksiz ve tam olarak doldurulmalıdır.

Kurum : SOSYAL GÜVENLİK KURUMU / Groupama Sigorta A.Ş. TSS		Provizyon No :	
İrtibat Numaraları		Telefon :	
Sağlık Kuruluşu Adı		Kurum Kodu	Fax :
MEDİLİFE HASTANESİ		Telefon No	Faks No
		(212)866-80-80	(212)866-80-83

Sağlık Kurumu Tarafından Doldurulacak Bölüm	Sigortalının Adı-Soyadı : AYSİMA PARLAK		
	Doğum Tarihi :	06.05.2020	Cinsiyet : BAYAN
	Police No :		Dosya/Protokol No : 1845187 / 7905178
	TC Kimlik No :	54559758974	İrtibat Tlf(Ev/GSM) : / 5426616331
	Adres :	BATTALGAZİ MAH KOCAYEMİŞ SK NO:7 D:3	
	E-Posta Adresi :		
	Başvuru Tarihi :	14.09.2021 10:18:07	Planlanan Yatış/Çıkış Tarihi :

Muayene Eden Hekim Tarafından Doldurulacak Bölüm	Hastanın Şikayeti/Öyküsü : İŞTAHSIZLIK, ATEŞ, ÖKSÜRÜK HIRILTI			
	Şikayetin Başlangıç Tarihi : (Hamile İse SAT) :			
	Daha önce aynı şikayet/hastalık nedeni ile doktor başvurusu, tetkik ve tedavi uygulandı mı? (Başvurulan sağlık kurumu/doktor adı)			
	Özgeçmiş/Kullandığı İlaçlar : ÖZELLİK YOK			
	Fizik Muayene Bulguları : KİLO:11375 BOY:83,5 ATEŞ:38,4			
	Tetkikler/ Sonuçları		Poliklinik	Cerrahi Yatış
	Ön Tanı/Tanı : Üst solunum yolu diğer hastalıkları Akut bronşit Teething syndrome		Adli Vaka	Dahili Yatış
Planlanan Tedavi/İşlem : Önerilerde bulunuldu SIVI TEDAVİSİ VE MÜŞAHADE AMPİSİD 1X1		Acil Gebelik		
ICD 10 : J39 - J20 - K00.7				

Doktor Adı Soyadı : Sadiye ALTUNKAYA		Anlaşmalı	Operatör :
Jzmanlık Dalı : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları		Anlaşması	Anestezi :
İrtibat Telefonu :			Asistan :
İmza / Kaşe :		*Doktor ve/veya ekibi anlaşmasız ise sigortalının tedavisi için talep edilecek ücreti yukarıda belirtmektedir.	

Anlaşmalı sağlık kuruluşlarında yapılan her türlü tedavi / işlem anlaşması bulunmayan / Anlaşmalı Sağlık Kurumu ile Sigorta şirketi arasındaki fiyat protokolüne göre hizmet vermeyi kabul etmeyen kadrosuz bir hekim ve / veya ekibi tarafından gerçekleştirildiğinde ilgili hekim ve / veya ekibine ödenecek tutar polişe özel ve genel şartları dahilinde değerlendirileceği için sigorta şirketi ile irtibata geçilmesi gerekmektedir.

Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Beyanı

Yukarıda verilen bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, sigorta şirketinin kendim ve bağımlılarım hakkında bu / diğer rahatsızlıklara ilişkin tüm bilgi / belgeleri, tüm sağlık kuruluşlarından isteme hakkı olduğunu beyan / kabul ederim.

Sigortalı / Kanuni Temsilcisinin Adı Soyadı :

Tarih :

İmza : *Merve ADRIK*

ÖZEL BAĞCILAR MEDİLE HASTANESİ

İŞLEM DETAY LİSTESİ

Adı - Soyadı : **AYSİMA PARLAK**
Dosya No / Prot. No : **1845187 / 7905178**
Başvuru No : **B 2XLIH4I**
Takip No : **3HT8L4J**
Kurum Adı : **SOSYAL GÜVENLİK KURUMU / Groupama Sigorta A.Ş. TSS**

Bölüm Adı : **Çocuk Hastalıkları Polikliniği**
Doktor Adı : **Sadiye ALTUNKAYA**
Tarih : **14.09.2021**
Çıkış Tarihi :

İŞLEM LİSTESİ

İşlem	Accession No	Kodu	İşlem Adı	Doktor Adı	Sayı
MUAYENE					
	20442894	520030	Çocuk Hastalıkları Muayenesi	Sadiye ALTUNKAYA	1
LABORATUAR					
	20443184	L107020	Hemogram	Sadiye ALTUNKAYA	1
	20443187	L101850	CRP (Türbidimetrik)	Sadiye ALTUNKAYA	1
	20443188	L103540	Total IgE	Sadiye ALTUNKAYA	1
	20443189	907631	IgG (Türbidimetrik)	Sadiye ALTUNKAYA	1

