**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**

**Ertuğrul Gazi Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi**

|  |  |
| --- | --- |
| Hastanın Kurumu: |  |
| Hasta Adı Soyadı: |  |
| TC Kimlik No: |  |
| Dozu hatalı girilen ilacın adı, girilen doz ve reçete kayıt tarihi |  |
| Doz düzeltme nedeni ve düzeltilmesi istenen doz miktarı |  |

Hatalı girilen ilaç dozunun düzeltilmesini ve hasta mağduriyetinin giderilmesini saygılarımla arz ederim.

Düzeltmeyi isteyen hekim

Kaşe imza

………/……../……..

Dilekçeyi verenin Adı Soyadı

Adres: İmza

Tel:

**EK:** Yeni tarihli e-reçete nosu veya manuel reçete ise görüntüsü

**Mail: ertugrulgazissgm@sgk.gov.tr**

**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**

**Ertuğrul Gazi Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi**

Kurumunuzun Medula Provizyon sisteminden sonlandırma yaptığım ……………… Döküm Nolu Geçici Koruma Kanunu Kapsamında Yabancılar grubuna ait …/…/… tarihli fatura sonlandırma işleminin iptalini istiyorum. Reçetelerimi ve faturamı kuruma teslim etmedim.

Gereğini arz ederim.

Adres:

…/…./….

Ecz. ………………..

Kaşe imza

Eczane Sicil No :

Eczane Döküm No:

Santral: 0312 458 93 00 nolu telefon numarasından ulaşabilirsiniz. Dilekçe doldurulup kaşe imza yapılarak [ertugrulgazissgm@sgk.gov.tr](mailto:ertugrulgazissgm@sgk.gov.tr) mail adresinden mail atabilirsiniz.

**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**

**Ertuğrul Gazi Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi**

**Aşağıdaki bilgileri verilen reçetelere ait kesintilerin, itiraz gerekçelerinin dikkate alınarak tekrar incelenmesi ve komisyon toplantısında değerlendirilmesi için;**

**Gereğini arz ederim.**

**……/……./20**

**ECZANE ADI : ECZANE KAŞE/ İMZA**

**ECZANE SİCİL NO :**

**DÖKÜM NO** **:**

**REÇETE GRUBU :**

**MESAJ TARİHİ : …/…./20**

|  |  |
| --- | --- |
| **REÇETE İŞLEM NO** | **İTİRAZA KONU İLAÇ VE İTİRAZ GEREKÇESİ** |
|  |  |
|  |  |

***Önemli not: Medula sisteminden kesinti mesajının geldiği günü takip eden 5 iş günü içinde İtiraz dilekçenizi önce*** [***ertugrulgazissgm@sgk.gov.tr***](mailto:ertugrulgazissgm@sgk.gov.tr) ***adresine mail atmanız ve daha sonra dilekçe aslını 3 iş günü içinde Merkezimize kargoyla göndermeniz gerekmektedir***.

**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**

**Ertuğrul Gazi Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi**

**Aşağıdaki bilgileri verilen döküm numarasına ait faturamda Göç İdaresi Başkanlığı ve Türk Eczacılar Birliği arasında imzalanan Geçici Koruma Altındaki Yabancıların reçete muhteviyatı ilaçlarının karşılanması ve reçetelerinin incelenmesi için gerekli usul ve esaslara ait işbirliği protokolünde revizyon yapılmasına dair protokolün 2.1.(c) maddesine göre kesinti tutarının fatura tutarının %3’ünün üzerinde olması durumunda tamamı incelensin talep edilmesi halinde ilgili faturaya ait tüm reçeteler incelenir dendiğinden ve bu fatura dönemine ait kesinti hata oranı % ... olduğundan reçetelerimin tamamının incelenmesi için;**

**Gereğini arz ederim.**

**…/ …/20**

**ECZANE ADI : ECZANE KAŞE /İMZA**

**ECZANE SİCİL NO :**

**DÖKÜM NO** **:**

**MESAJ TARİHİ : … /…. /20**

**KESİNTİ ORANI %** **: %...**

**Not: Merkezimize önce Fax (0312 368 29 92) veya mail (ertugrulgazissgm@sgk.gov.tr) ile dilekçenin pdf olarak taratılarak fax veya mail ile gönderilmesi daha sonra dilekçe aslının da fax veya mail ile gönderildiği gün dahil 3 iş günü içinde kargo ile Hüseyingazi Mah. Mamak Cad. No:181/A Mamak/ ANKARA adresine gönderilmesi gerekmektedir.**