**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**

**Kavaklıdere Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi’ne**

 **ANKARA**

Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacılar Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokolün 4.3.4 maddesine istinaden, aşağıda döküm numarası belirtilen …………….. dönemine ait …. grubu örnekleme yöntemiyle incelenmiş faturada oluşan kesinti nedeniyle reçetelerimin tamamının incelenmesi için gereğini;

Arz ederim.

Eczacının Adı-Soyadı :

Eczane Adı :

Eczane Sicil No :

Döküm No :

Mesaj Tarihi :

Hata Oranı (%) :

Hata Tutarı :

Fatura Tarihi ve No :

 İmza- Kaşe

**Not: Hata oranı A grubu için %3, B grubu için %5’in altında olanlar bu dilekçeyi veremez.**

**T.C.**

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU BAŞKANLIĞI**

**Ankara Sosyal Güvenlik İl Müdürlüğü**

**Kavaklıdere Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezi’ne**

 **ANKARA**

 Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacılar Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokolün 4.3 maddesine istinaden aşağıda döküm numarası belirtilen …………... dönemine ait …. grubu Örnekleme yöntemiyle incelenmiş reçetelerden, yalnızca kesinti yapılan aşağıda işlem numarası bulunan reçete/reçetelerin Eczane Fatura İtiraz İnceleme Komisyonunca yeniden incelenmesi için,

Gereğini arz ederim.

İmza- Kaşe

Eczacının Adı-Soyadı :

Eczane Adı :

Eczane Sicil No :

Döküm No :

Mesaj Tarihi :

Hata Oranı (%) :

Hata Tutarı :

Fatura Tarihi ve No :

Kesintisine İtiraz Edilen Reçete işlem numarası:

\*Kesintiye İtiraz Gerekçesi:

Not: **“\*”** kısım mutlaka doldurulacaktır.