

GERİ ÖDEME

GERİ ÖDEME HİZMETLERİ

GERİ ÖDEME HİZMETLERİNE DAHİL OLAN ANA GÖREYLER

3 . şahısların anlayışlarını mekanik ve dinamik olarak geliştirerek, eczacılar ürün maliyetini en aza indirebilirler. Aşağıdaki adımlar eczane başarılı geri ödeme hizmetleri için izlenen adımlardır. Bir eczane çeşitli uzmanlık hizmetlerinden yararlanmak isteyebilir. Örneğin, bir eczane hastalarına yadsınan haklarda yardım ederken, bir diğeri düşük sigortalı hastalar için gelişim süresince alternatif kaynakları takip ederek haklarını aramalarını önerip sorumlulukları üstlerine alırlar. Şunu bilmek gerekir ki bir eczacı kişisel olarak faturanın detaylarıyla uğraşmak, hakları ya da faturalardaki diğer detayları takip etmek zorunda değildir. Bir eczane sekreteri fatura konusunda eğitilmiş olmalıdır. Bununla beraber eczacılar imalatçuların ödeme yardım programlarını içine alan geri ödeme konularında geniş bir fikir aşinalığına sahip olmaları gerekmektedir.

Geri ödemeyi bütün yönleriyle adım adım yönetebilmek için aşağıdaki tanımları takip etmek gereklidir.

1. Sigorta Bilgisinin Toplanması. Geri ödeme hizmetlerinin sağlanmasındaki ilk adım hastaların birinci ve ikinci sigorta verilerini içeren bilgilerini toplamaktır. Bu bilgiyi toplarken, mümkün olduğu kadar eksiksiz ve kapsamlı olun. Soruları sizin onları anladığınızı belli eden yollarla sorun. Örneğin, hastalara "ikinci sigortaları" olup olmadığını sormak

yerine eşlerinin sigortasının olup olmadığını ve bu sigortanın onları kapsayıp kapsamadığını sorun. Bazı hastalar özel eczacılık ödemelerinde sigortalandırılırlar. Örneğin, yer değiştiren ilaç tedaviler, bazı aşı ürünleri, kemoterapi uzmanlık ürünleri. Hasta çoğu zaman bakım organizasyon yönetiminin ilave sigorta alabilir. Hastanın maddi durumunu ve yardım programları için seçilme olasılığını dikkate alarak bilgi toplamak yararlı olabilir ve anında mümkün olabilecek geri ödeme problemlerini tanımlayabilir. Hastaların teşhis ve reçete raporları da kaydedilmelidir.

2. Geri Ödeme Konusunda Hastalara Danışmanlık

Geri ödeme için danışmanlık hizmeti, eczacının muhtemel müşteriyi saptayıp geri ödeme yapıldığı ana kadar geçen sürededir. Hastanın doktoru veya kendisiyle hasta durumu hakkında iletişim kurmak gerekir.

Hastanın mali ve sigorta durumunu bilmeniz, ödemeyi ve eczanede sunacağınız hizmetler hakkında bilgi vermenizi kolaylaştırır. Ayrıca ilaçların liste fiyatları ile sigorta şirketlerinin ödediği tutarları hastaya anlatmak durumundasınız. Hastalar, hesabın tüm ecza hizmetlerini karşıladığını da bilmeli. Hasta danışmanlığının bir diğer önemli tarafı da, sağlık hizmetlerinde hastanın bir avukatıymış gibi davranmaktır. Hastalar genelde sağlık durumlarının da verdiği etkiyle, nasıl ödeme yapacakları konusunda stres altındadırlar. Danışmanlık seanslarında, hastalarla bire bir olarak ödeme şekilleri de konuşulabilir. Müşterilerle açık iletişim kurmak önemlidir.

Başka bir hizmet olarak, ücretsiz telefon danışma servisleri kurulabilir. Bu sayede hem hasta veri tabanı oluşturulabilir hem de eczanenin yaygınlığı artar.

3. Sigorta Kapsamını Doğrulamak

Ödemede bir sonraki adım, hastanın sigorta kapsamını doğrulamaktır. Hastanın sigorta şirketini arayarak teşhis ve tedavi kapsamı öğrenilebilir. Hasta gizliliği ön planda olup, bu bilgileri almadan önce hastadan izin alınmalıdır. Doğrulama metodları farklı planlarla ayrılır; örneğin, ticari doğrulama telefonla yapılırken, reçetede ilaç planları elektronik olarak yapılır. Bir sonraki bölümde değişik ödeme seçenekleri için doğrulama gereksinimleri belirtilmiştir.

Kapsamı doğrularken, reçete kartı ile tazminat poliçesini farklılıklarından haberdar olun. Çünkü ödeme şekilleri, reçetenin kapsadığı ilaçlara bağlıdır. Eğer hastanın sigortasının, terapiyi kapsamadığını görürseniz, araştırma yöntemlerini kullanarak farklı bir ödeme şekli arayınız. Örneğin, sigortacı terapinin kapsam dışı olduğunu belirtirse, muayenehane, hastane, poliklinik gibi farklı kapsamaları sorunuz. Eğer sigortacı, hastanın teşhisinin kapsam dışı olduğunu ifade ederse, farklı teşhis kapsamalarını sorunuz. Hastanın ilk sigortacısından mevcut durum hakkında kapsam dışı olduğunu öğrenirseniz, farklı yardım programlarına üye olup olmadığını öğrenmeye çalışın.

Şunu aklınızdan çıkarmayın, bir firmanın yetkilisi ile telefonda konuşmak, ödemenin yapılacağı garantisini vermez. Önemli olan, dikkatli bir şekilde kapsam hakkında bilgi almaktır. Konuştuğunuz şahsın adını, saati ve tarihi not etmek iyi bir fikirdir. Konuşmadan sonra, aynı kişiye bir mektup göndermek, daha sonraki karışıklıkları ve yanlış anlamaları önleyecektir.

4. Görevin Kabulü

Doğrulamadan sonra, bakım, Medicare, Medicaid tazminat sistemlerine dahil olan hastalar için geri

ödeme sürecindeki sonraki adım kabuldür. Kararları kabul etmek eczanenin direkt hasta yerine, ödemeyi sigortacıdan alacağı anlamına gelir. Bunu yapabilmek için hastaya bir anlaşma imzalatmak gerekir. Sözleşmeyi kabul ettiğinizde, hastaların tüm taleplerini sigortalara bildirmek ve verdiğiniz hizmetlerin karşılığında alacağınız ödemeler sizin sorumluluğunuzdadır. Doktorlar, evde aşı yapan şirketler, hemşire kuruluşları, programlı bir şekilde sözleşmeyi kabul ederler. Birçok sigortacı da doğrudan eczacılara ödeme yapar.

GERİ ÖDEME HİZMETLERİNİN BAŞARILMASINDAKİ ADIMLAR

1. Sağlık bakımını kapsayan bilgileri toplayın.
2. Hastaya geri ödeme hakkında önerilerde bulunun.
3. Sigorta kapsamını ve yararlarını doğrulayın.
4. Kararları kabul edin.
5. Talepleri bildirin.
6. Talepleri takip edin.
7. Geri çevrilen taleplere başvurun.
8. Alternatif kaynakları araştırın.

Birçok durumda, sözleşmenin kabulü hem eczane hem de hasta için yararlı olur. Sözleşmenin kabul edilmesi hastayı maddi manevi engellerden kurtarır. Eczacılar tedaviyi daha iyi anlayıp iletişim kurduğundan, hastanın kendi başına yetersiz oldukları yerlerde, ödemenin güvenliği için sigortacıyla işbirliği yaparlar. Sözleşmeyi kabul ederek ve sigortacılarla doğrudan çalışarak kendi eczanenizi diğerlerinden farklı yapabilir ya da rekabete dayalı, temel olan avantajları sağlayabilirsiniz.

Sözleşmeyi kabul etmenin eczaneye dezavantajı, sigortacı tarafından belirlenen geri ödeme derecesini kabul etmek zorunda olmasıdır. Tazminat planı olmayan şekilde geri ödenebilir. Bu geri ödeme seviyesi, işletim hizmetlerinden, PBM'lerden veya ilaç plan-

larından daha yüksek seviyede olabilir. Sözleşmeyi kabul etmenin bir diğer riski de, eczanelere çek göndermeye alışık olmayan sigortacıların, ödemeyi yanlışlıkla hastalara göndermeleridir. Eczane daha sonra hastalardan ödenekleri toplamak zorundadır. Riski en aza indirmek için, hastaya bir çek aldığında, eczaneye göndermesi gerektiğini tavsiye etmek gerekir. Ödenmeyen çekleri takip ederken, sigortacıya çeki hastaya gönderip göndermediğini sorun. Göndermişse, çeki almak için hemen hastayla konuşun. Ürün alımı sırasında hastaya kredi kartı çıkmasını sormak uygulanabilir. Bu ayrıca, hastalardan çek toplama zorluğuna karşı bir güvence olabilir.

5. Taleplerin Bildirimi

Geri ödemedeki bir sonraki adım, ek personel gerektirecek, detaylı ve zaman alıcı bir adımdır. Şu anki atmosferde, ödeme gücünün artmasıyla, personelin de düşünülmesi gerekmektedir. Taleplerin bildirilmesindeki gereksinim kariyere göre değişir. Bazıları uzmanlık statüsündedir ve çoğu CMS olarak adlandırılan *Universal Claim Form (Evrensel Talep Formu)* kullanımına izin verirler.

Diğerleri, özellikle de ilaç planlama reçetelerini yönetenlerden yararlanan eczaneler, taleplerin elektronik bildirimini teşvik ederler. Talep formlarını doldurmakla beraber, tedavi için yardımcı dokümanlara da talep vardır. Doküman gereksinimi, hastanın özgeçmişini ve etiketsiz ürün kullandığını kanıtlayan klinik yazılarda, geçmişteki ilaç tedavi başarısızlıklarını gösteren tıbbi gereksinim sertifikasında sıralanmıştır. İmalatçıların geri ödeme çizelgeleri ya da Profesyonel Hizmet Departmanları, yazı araştırmalarında yardımcı olabilir. Bireysel hastalar için dokümanlaşmanın hızlandırılması açısından eczane, doktorun dolduracağı ve imzalayacağı standart "CMN" formu ya da mektubu sağlayabilir. Belgeleme gereksinimleriyle beraber, faturalama sıklığı, limiti ve geri ödeme zamanının tolere edilmesi, sigortacıya göre değişir.

6. İndirim ve Geri Ödemeleri Toplama

Taleplerin arz edilmesiyle beraber, eczane hastaların ödemelerini ihtiyaca göre düzenlemelidir. Hastalar "indirim" ve "yan ödeme"lerden, bazı durumlarda da ürün ödemelerinden sorumlu olacaklardır. Örneğin; hasta sigortasızsa, hiçbir yardım için seçilebilir değilse ya da hastanın sigortası, eczaneden dolayı talepleri kabul etmiyorsa, ödemedeki sorumlu olan hastadır. Sigortacıardan çek aldıklarında, hastaları aramaya teşvik eden sistem, hastalardan ödemelerin toplanmasına yardımcı olacaktır. Hastalar, eczaneye sözleşmeyi kabul etmesi için izin verdiklerinde, aldıkları çeki vermeye mecbur kalırlar. Bir eczane sözleşmeyi kabul etse bile, sigortacı eczaneye ödeme yapmaya ve hastalara doğrudan ödediği parayı, geri almaya mecburdur. Hastanın toplu ya da başka şekilde ödemek zorunda olduğu dolar miktarı yazılıp eczacı ve hasta tarafından imzalanmalıdır. Bazı hastalar için özel ödeme planı gerekebilir ama genelde standart olan, haftalık takip edilen ödenmemiş borçların aylık olarak faturalandırılmasıdır. Eczane ödemelerin toplanması için akılcı teşebbüslerde bulunmalıdır, ancak hastanın ödemeyi yapmayacağı ya da yapamayacağı açık olduğunda, ödemedeki vazgeçilebilir.

7. Ödeme Taleplerinin Takip Edilmesi

Ödeme taleplerinin takip edilmesi, faturalamayı, para toplamayı ve sigortacıyı 30, 60, 90 gün boyunca ödeme talebi için aramayı teşvik eden bir sistemle daha iyi idare edilir. Bir talebin statüsü onaylandığı zaman, bu talep onaylanana kadar her hafta eczane sigortacıyı aramalıdır. Bu aşama yerine getirilen bütün eczane hizmetleriyle ve izlenen prosedürle tutarlı olmalıdır.

8. Geri Çevrilmiş Talepler İçin Doküman Sağlama

Taleplerin genel olarak geri çevrilme nedenleri şunlardır; 1 inci talep formunun yanlış ya da eksik

doldurulması, 2 inci talebi arz eden kişinin yeterli derecede ısrarlı olmaması. Hastanın avukatına göre, ecza ve sağlık personeli tedavi ödemesinin sağlanması için zamanın ve enerjinin ayarlanmasında hazır olmalıdır. Bu, başlangıçtan beri, bilgilerin tam olmasını ve geri çevrilmiş taleplere başvurmayı içerir. Geri çevrilmiş bir talebe başvurmak, daha önce hastane ya da doktorun ofisi dışında bulunmadığınızı, tedavinin belirtisini kanıtlamak için ilaç etiketlemediğinizi gösteren belgeyi toplamayı gerektirir. Belgelemede doktorun ürün için ricası, hastanın ürünü ne amaçla aldığı, ürünün nasıl kullanılacağı, tedavi alternatiflerinin anlatılması ve hastanın geçmişteki tedavi başarısızlıklarının özeti bulunmalıdır. Ürün imalatçılarının, Profesyonel Hizmet Departmanları ya da ödeme hizmeti servisi, belgeleme için gereken bazı bilgileri sağlayabilir. Yeni ürünler, "American Hospital Formulary Service Drug Information" ya da "United States Pharmacopeia Drug Information for the Health Care Professional" gibi, son zamanlarda oluşmuş yerlerde çoğu zaman bulunmadığından, sigortalar en yeni tıp olanaklarını kapsamazlar. Güncel yazılardan belgeleme imkanı sağlayan eczacılar, tıp uygulamalarını etkileyerek, ödeme poliçelerinin gelişmesinde yardımcı olurlar.

Bazı durumlarda eczacının borçlu kişiyi eğitmesindeki çabalarına rağmen, talepler geri çevrilecektir. Bu koşullarda eczacı için mevcut olan işlemler, eyaletin tıp uzmanı yöneticileriyle ve sigorta yöneticileriyle bağlantıya geçip, yasal yollara başvurmalıdır. Eyaletle ve özel kişilerle geri ödeme konuları hakkında çalışan geri ödeme temsilcileri, eczacılar için değerli bilgi kaynağı sağlayabilirler.

9. Alternatif Ödeme Kaynaklarının Araştırılması

Sigorta bilgilerini dikkatlice topladıktan sonra, kapsamı doğrulamak, bütün talepleri bildirmek, belgeleriyle beraber geri çevrilen talepleri takip etmekle en çok arzu edilenler kapsanmış olur. Ancak bu adımlar ödemeyle sonuçlanmazsa, eczacının alter-

natif ödeme kaynaklarının farkında olması gerekir. Yaşlılar için yardım programları gibi yerel kaynaklar, American Cancer Society'nin yerel programları ve eyaletin HIV/AIDS hastaları için kurduğu "Ryan White Funds", yardım verebilir.

Ödemeleri almadaki görevler, zaman alıcı, karmaşık ve eczaya ait olmayan personel gerektirebilir. Yeni personel almaya alternatif olarak eczane, davaları takip eden servislerle anlaşılabilir. Buna rağmen eczane personeli, kapsam ve yararları doğrulayıp, terapi için doküman elde etmelidir.

SİGORTA VE 3. ŞAHIS BORÇLULAR:

ÖDEMEYİ ALABİLMEK İÇİN YOLLAR

Ödeme servislerinin sağlanabilmesi için, farklı ödeme tiplerinin ve ödeme yapanların anlaşılması gerekmektedir. Tahkik temelleri, talepler, arzular ve her tip ödeme şekli aşağıda sunulmuştur. Sigortacıların tartıştıkları noktalar, işletilen bakım sistemleri, PBM'ler, tazminat planları, Medicaid ve Medicare'dir. Hasta yardım programları, hastaların, sigorta kapsamı dışında kalan boşluklarını doldurabilir.

3. şahıs borçluların değişken oldukları akıldan çıkarmamalıdır. Aynı ürün hakkında eyalet, borçlular ya da borçlu söz sahibi olabilir. En iyisi hiçbir şey farz etmemektir. Borçlular arasındaki farklılıklar, hastaların terapi ve teşhislerinin kapsamının anlaşılması doğrultusunda kritik önem taşır.

Yönetilen Bakım Sistemleri. Özel sigortası olan Amerikalıların % 75'i, yönetilen bakım tarafından kapsanmıştır. Tazminat planları dışında kalan değişimler, şimdilerde sağlık hizmetinde bir norm oluşturur. Çoğu doktor ve eczacı, bakım sistemlerinin en az birine, bazen de bir kaçına bağlıdır:

- Personel Modelli Sağlık Örgütleri: Bu sistemde, sigortacı aynı zamanda bakım sağlayandır. Sağlık hizmeti sağlayanlar, HMO (Health Maintenance Organizations) tarafından işe alınır ve HMO'nun sahip olduğu tesislerde görev ya-

parlar. Bu sisteme üye olanlar, acil durumlar ve kapsam dışı durumlar dışında HMO tesislerini kullanırlar. Bu modeldeki çoğu HMO'nun kendi eczanesi vardır.

- Grup Model HMO'ları: Bu sistemde, HMO'lar hizmet sağlamak için tıbbi gruplarla işi kurarlar. Hizmet sağlayanlar HMO tesislerinde çalışıyor olabilir ancak HMO'nun personeli değildirler. Hizmet başına ücret alırlar.
- IPA Modeli: (Individual Practice Association HMO's: Bu sistemdeki doktorlar, HMO'larla anlaşmalı olarak indirimli hizmetler verir. Sigortacı sadece kontrattaki şartlara göre ödeme yapar. Doktorlar, kontratın yapısına göre finansal riske girebilirler.
- Point-of-service Planı (POS): Müşterilerin daha büyük seçimlerine cevap olarak çoğu sigortacı, geleneksel tıbbi faydaları, HMO'nun özellikleriyle birleştirir. Buna point-of-service denir. Bu plan, genelde ağı dışında kalanların kullanımını için tasarlanmıştır.
- Tercihli Tedarik Eden Örgütler (PPOs): Bu sistemde, bir borçlu daha düşük fiyatlar için pazarlığa girer. PPO üyeleri, tedarik edenle kontrat yapabilir veya kendi anlaşıklarından daha yüksek fiyata alabilirler.

Grup model HMO'lar, PPO'lar ve IPA'lar, lokasyona, tıbbi malzemeye, masrafa göre tercihli sağlayıcılarla anlaşılır. Eğer tercih edilen bir ecza temin edici olmak istiyorsanız, mümkün olduğunca çok plan içinde dahil olmaya çalışın.

ETİKETSİZ GÖSTERİM VEYA ALTERNATİF ÜRÜN DESTEĞİ İÇİN DOKÜMANLAMA TİPLERİ

1. Doktorun talebi
2. Tedavinin gereğinin açıklanması
3. Ürünün nasıl yönetildiğinin açıklanması

4. Alternatif tedaviler, maliyet ve verimliliğin açıklanması
5. Önceki başarısız tedaviler
6. Hastanın doktoruna ait imza
7. Etiketsiz ürün gösterimi için tıbbi literatürün desteklenmesi.

Tasdik. Eğer tercih edilen bir HMO veya PPO sağlayıcısı iseniz, HMO veya PPO'yu arayarak hastanın üyelik statüsünün kapsamını öğrenebilirsiniz. Tasdik elektronik yolla da yapılabilir. Ancak, bazı zamanlar enjekte edilebilenler eczane yarı için dışlanmış olduğunda, tasdik için telefonla görüşmek gerekebilir. Hasta, terapi ve teşhis kapsamını doğrulamanız gerekir. Eğer tercih edilen bir sağlayıcı değilseniz, HMO ve PPO faturaları için izin almanız gerekir. Hangi servislerin kapsandığını, size izin verilen terapi sürelerini ve tutarları belirlemelisiniz. PPO ile pazarlıklarda, bir mektup göndererek sözleşmenin onaylandığını belirtmek iyi bir fikirdir.

Taleplerin Sunumu. HMO ve PPO'lar, genellikle evrensel talep formu isterler. Eğer izin alındıysa, talep numarasını ya da izin kağıdının fotokopisini gönderin. Bazı HMO ve PPO'lar, PBM'ler tarafından yönetilen reçetelere tabiidir. Bazı IPA modeli HMO'lar veya mali planlar, ilaçları kapital olarak kullanırlar. Bu durumda eczacı, doktordan, sanki 3. şahıstan istiyormuş gibi ödeme bekleyebilir. Taleplerin sunumu, öncelikli olarak, enjekte edilebilenlerin ecza kapsamında mı yoksa planın tıbbi çoğunluğunda mı olduğu saptanmalıdır.

Ödeme. Yönetilen borçluların ödeme şekilleri, geleneksel tazminat planındakilerden daha azdır. Tercih edilen sağlayıcılar, anlaşılan yüzdelerde ödeme yaparlar. Diğerleri ise, iznin alınma tarihi dikkate alınarak ödeme yaparlar. Faturalama olabildiğince çabuk yapılmalıdır.

Bazı durumlarda, pazarlıklar yapılabilir. Tercih edilen sağlayıcılar, kapsama alanı dahilindeki hizmetleri ödemeyi garanti ederler.

ÖZEL TAZMİNAT PLANLARI

Özel tazminat planları, kar amacı olmayan Mavi Haç ve Mavi Kalkan örgütlerini ve diğer ticari örgütleri kapsar. MH ve MK, 58 plandan oluşur. MH ve MK planları, POS'lardan MCP'lere kadar, çok çeşitlidir. Çoğu MH ve MK planı, reçeteleme metodlarını kapsar ve direkt ödeme yapar. Ancak, etrafı MH ve MK kapsamı, sağlayıcıya ödeme yapmaz. Demek ki ödeme direkt hastaya yapılmalıdır.

1000'den fazla ticari sigorta şirketinden 20'si ana şirketlerdir. Ticari şirketler, tipik olarak en çok ödeme yapanlardır. Ancak bazıları, maliyeti düşürmek için kendi planlamalarını yaparlar.

Özel tazminat sigortacısının, biyoteknoloji ürünlerine sağladığı kapsama, enjekte edilebilenlerin ödemelerine bağlıdır. Genel olarak özel tazminat sigortacıları, bir doktorun ofisindeki ya da bir eczanedeki enjekte edilebilen ilaçlar için ödeme yaparlar.

Tasdik. Özel tazminat sigortacılarının kapsamları, ödeyenler ve gruplar içinde farklılık gösterebilir. MH ve MK sigortası olan her hastada bu kapsam yoktur. Her bir hasta için, ürün ve teşhislerin ödeme ve kapsamı değerlendirilmelidir.

Özel tazminat sigortacıların planlarını tasdik etmek, hastanın rızası alınıp telefon açılarak yapılabilir. Telefonda yapılan görüşmenin, garanti ödeme olmadığını unutmayın. Her zaman konuşmalarınızı raporlayın ve konuşmadan sonra mektup yollayın. Pahalı

veya yeni ürünler için, yararlar hakkında bilgi amaçlı bir mektup gönderebilirsiniz (yeni ilacın hastalara ne yararı var?).

Taleplerin Sunumu. Özel tazminat sigortacılarının bilgi ve doküman gereksinimleri, kariyerle değişiklik gösterebilir. Bunların çoğu evrensel faturalamayı kabul etmiştir (CMS-1500). Sanal olarak tüm ödeyenler, üstünde ilaç adı, ulusal ilaç kodu, ücret ve poliçe numarası yazan talep formuna ihtiyaç duyarlar. Genel anlamda, teşhis kodları eczane için gerekli değildir. İstisnalar dışında, eczane St. Anthony yayınlarından, "*the Coding and Reimbursement Guide for Pharmacists*" i bulundurmalarıdır. BU kitaplar APA örgütü tarafından veya tıbbi kütüphanelerden sağlanabilir. Hastanın ilacına ve ilaç dozajına ait dokümanlar, doktorun gönderdiği mektup da doküman olarak kullanılabilir.

Fatura ve form sıklığı konusundaki limitler, özel tazminat sigortacılar tarafından ihtiyaç duyulur. Bazı sigorta planları kendi formlarına sahiptirler. Eczaneler bu formları hastadan alabilirler. Ancak çoğu evrensel formların kullanımına izin vermektedir.

Ödeme. Her sigortacının, olağan durumlar hakkında bir tavan ödemesi vardır. Olağan oran, AWP (+) bilinmeyen bir değerdir. Ancak bazı durumlarda, sigortacılar bildirilen tutarın yüzdesini alırlar. Bir faturadan geri dönüş süresi, gönderimden sonra 45 gündür.