

**SOSYAL GÜVENLİK KURUMU SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİNDE  
DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR TEBLİĞ**

**MADDE 1-** 24/3/2013 tarihli ve 28597 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinin 1.8 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“c) SUT’un 1.8.3.(1) bendinde tanımlanan katılım payı Kurumla sözleşmeli merkezler/eczaneler tarafından,”

**MADDE 2-** Aynı Tebliğin 1.8.3 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında yer alan “Görmeye yardımcı tıbbi malzemelerle ilişkin katılım payı;” ibaresi “Görmeye yardımcı tıbbi malzemeler ile ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelerden sözleşmeler kapsamında temin edilen tıbbi malzemelerle ilişkin katılım payı;” şeklinde değiştirilmiş ve aynı fıkranın (b) bendine “optisyenlik niteliğindeki” ibaresinden sonra kelime üzere “, merkezler/eczaneler” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 3-** Aynı Tebliğin 2.4.4.Ç numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasına aşağıdaki cümle eklenmiştir.

“Kenik İliği/Organ Nakil Merkezi ve Terapötik Aferez Merkezi nühsatı olan ikinci basamak sağlık hizmeti sunucuları ise sadece; Graft Versus Host Hastalıkları ve solid organ nakillerinde doku reddinin önlenmesi (kalp, akciğer, böbrek nakillerinde) için sağlık kurulu raporu düzenleyebilir.”

b) Beşinci fıkrasının birinci cümlesinde yer alan “ve” ibaresi “veya” şeklinde değiştirilmiş, “erişim kateteri” ibaresinden sonra kelime üzere “, her türlü tıbbi malzeme, işlem ve ilaçlar” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 4-** Aynı Tebliğin 2.4.4.D-1 numaralı maddesinin yedinci fıkrasının ikinci cümlesi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 5-** Aynı Tebliğin 2.4.4.F-2 numaralı maddesinin altıncı fıkrasının ikinci cümlesinde yer alan “tarih” ibaresi “ilk rapor tarihi” şeklinde değiştirilmiş ve “devam eden yıllarda;” ibaresinden önce kelime üzere “tedavinin başladığı ilk rapor tarihi baz alınmak suretiyle;” ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 6-** Aynı Tebliğin 2.4.4.K numaralı maddesinin yedinci fıkrasında yer alan “2.2.1.B-1” ibaresi “2.2.2.B-1” şeklinde değiştirilmiştir.

**MADDE 7-** Aynı Tebliğin 3.1.1 numaralı maddesinin sekizinci fıkrası yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 8-** Aynı Tebliğin 3.1.2 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Dördüncü fıkrasına aşağıdaki bent eklenmiştir.

“c) SUT’eki EK-3/C-3 listesinin “Lenfödem Bası Giysileri (İsmarlama)” ve “Yanık Bası Giysileri (İsmarlama)” başlıkları altında tanımlanmış tıbbi malzemeler, “İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik” kapsamında olmadığından sözleşme hükümleri doğrultusunda karşılanır.”

b) Altıncı fıkrasında yer alan “ve hastalar tarafından fatura karşılığı temin edilmesi” ibaresi ile aynı maddenin sekizinci, dokuzuncu ve onuncu fıkraları yürürlükten kaldırılmıştır.

c) On ikinci fıkrasının (ç) bendinde yer alan “yenilenme” ibaresi “mia” şeklinde değiştirilmiştir.

ç) On üçüncü fıkrasında yer alan “yenilenme” ibaresi “mia” şeklinde değiştirilmiştir.

d) On altıncı fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

“(16) SUT’eki EK-3/C-2, EK-3/C-3, EK-3/C-4 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemeler, Kurumun uygun gördüğü mücbir sebeplere bağlı olarak kullanılmayacağına belgelendirilmesi halinde, kullanım sürelerine bakılmaksızın yenilenir.”

c) On yedinci fıkrasının (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"b) SUT'ta yer alan fiyatlarla temin edilemeyen ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler ile SUT'ta yer almayan her türlü ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile yapılan protokol/sözleşme kapsamında, bu hastanede oluşan ve/veya oluşturulacak komisyon/kurulca ihtiyacı olduğunun tespit edilmesi ve ihtiyacı hastaneye karşılanarak Kuruma faturalandırılması halinde fatura tutarı üzerinden ödenir. Ancak hazır ortez/protez ve diğer iyileştirici araç ve gereçler, hastane tarafından temin edilme bedeli üzerine 10 brüt aşırı ücret tutarını geçmemek üzere %12 oranında işletme gideri eklenerek Kuruma fatura edilir."

f) Aynı maddeye aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

"(30) Kurum mevzuatında yer alan istisnalar hariç Kurumca bedeli karşılanmayan tıbbi cihazlara ait tıbbi sarf malzeme ve bakım/onarım bedelleri karşılanmaz.

(21) Reçetelerde hekimince yazılmaması gereken dozajlı reçeteleri yazan hekim, ilgili hekimin bulunmaması halinde reçeteyi düzenleyen sağlık hizmet sunucusundaki aynı branşın hekim tarafından, uzman hekim raporlarında raporun düzenlendiği sağlık hizmet sunucusundaki raporu düzenleyen hekim tarafından (bu hekimin bulunmaması halinde aynı branşın hekimini), sağlık kurulu raporlarında ise raporda yer alan hekimlerden biri tarafından yapılır.

(22) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilerek suretilmek dışından temin ettirilmesi halinde, şahıs ödemesi olarak SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır. Bu listelerde yer alan tıbbi malzemelerden sözleşmeler kapsamında temin edilmesi zorunlu malzemelerin bedelleri ise bu malzemelerin ancak sözleşmeli merkez/eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca sözleşme hükümleri doğrultusunda karşılanır. SUT eki EK-3/C-4 listesinde yer alan, ancak yatarak tedaviler sırasında Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarına temin edilmesi gereken tıbbi malzeme listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin geri ödeme işlemleri, malzemenin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilerek dışından temin ettirilmesi halinde şahıs ödemesi kapsamında SUT'un 3.1.1 inci maddesinin altıncı ve yedinci fıkralarında yer alan hükümler doğrultusunda yapılır. Ancak taburu olan hastalara reçetelendirilecek malzemeler, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir."

g) Aynı maddeye aşağıdaki alt maddeler eklenmiştir.

### **3.1.2.1- Şahıs ödemesi kapsamında bedeli karşılanan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporu ve reçeteler**

(1) Malzemenin hazır olması halinde sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında süre en fazla 2 ay, temin edilen malzemenin ismarlama olması halinde ise sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre en fazla 4 ay olmalıdır.

(2) İsmarlamaya olarak üretilen protez ve ortozlar reçete tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre dikkate alınmaz.

(3) İade kapsamındaki cihazlara ait içlemlerin reçete ve sağlık raporu ile birlikte reçete tarihinden itibaren 10 işgünü içinde Kurumumuz taşra teşkilatlarına başvurularak başlatılması zorunludur. Kurumun iade alınan cihazların başvuru yapılan sosyal güvenlik il müdürlüğüne bulunduğu durumlarda, bu cihazlara ait fatura tarihi ile stok kontrol tarihi arasında en fazla 30 işgünü bulunması halinde Kurumca bedelleri karşılanır.

### **3.1.2.2- Sözleşmeler kapsamında bedeli karşılanan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporu ve reçeteler**

(1) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemeler için malzemenin hazır veya ismarlama olduğuna bakılmaksızın sağlık raporu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde reçetenin düzenlenmesi gerekmektedir olup, sağlık raporu ile fatura tarihi arasındaki süre dikkate alınmaz.

(2) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporları SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere en fazla 2 yıl geçerlidir.

(3) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin düzenlenen sağlık raporlarına istinaden temin edilen tıbbi malzeme reçeteleri, Kurum kayıtlarında yer alan malzeme birim tarihinden 15 gün öncesine kadar düzenlenebilir.

(4) SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin reçeteler en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda düzenlenir."

**MADDE 9-** Aynı Tebliğin 3.1.4 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (p) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 10-** Aynı Tebliğin 3.3.35 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

### **"3.3.35- İşitme Cihazı ve Kulak Kabu**

(1) Dijital programlanabilir işitme cihazlarının bedelleri Kurumca karşılanır. Kurumca bedeli karşılanacak olan kulak arkası veya kulak içi kanal içi dijital programlanabilir işitme cihazları aşağı;

- a) Otomatik veya manuel ses kontrol sistemi, maksimum çıkış kontrol sistemi, kazanç kontrol sistemi,
- b) En az dört kanal (Kanaldan bağımsız-channel free sinyal işleme özellikli cihazlarda bu özellik aranmaz.)
- c) FM sistemi uyumu (18 yaş üzeri hastalarda ve kulak içi/kanal içi cihazlarda bu şart aranmaz),
- ç) Gürültü azaltıcı ve feedback yönetimi,
- d) Çift mikrofon (kulak içi/kanal içi cihazda bu şart aranmaz),

özelliklerine sahip olmalıdır. 13 yaş altı hastalarda kulak içi/kanal içi cihaz kullanıldığı takdirde bedeli Kurumca karşılanmaz.

(2) İşitme cihazı bedellerinin ödenenliği için SUT'un 5.3.2 numaralı maddesinde tanımlanan belgelere ilave olarak;

a) 0-4 yaş çocuklar için işitsel beyin sapı odyometri (ABR testi) ve otoakustik emisyon ile birlikte davranım odyometri testi sonucunun kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimini veya odyolog tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,

b) 4 yaş üzeri saf ses odyometri testi yapılan hastalar için saf ses odyometri testinin, kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimini veya odyolog tarafından onaylanmış aslı,

c) 4 yaş üzeri saf ses odyometri testi yapılmayan hastalar için işitsel beyin sapı odyometri (ABR testi) ve otoakustik emisyon ile birlikte davranım odyometri testi sonucunun kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimini veya odyolog tarafından imza ve kaşesinin bulunduğu onaylanmış aslı,

istenecektir. Belirtilen odyolojik testlerin tamamının sağlık kurulu raporunun düzenlendiği sağlık kurumunca yapılmış olması gerekmektedir olup, odyolojik test sonuçları 6 (altı) ay süreyle geçerlidir.

(3) İşitme eşliği tayini ABR testi ile yapılması gerekenlerde, 500 veya 1000 Hz Tonsal ABR eşikleri ve klik ABR ile elde edilen eşikler test rapor kısmında dB nHL olarak belirtilmelidir.

(4) İşitme eşliği tayini saf ses odyometri testi ile yapılmışsa; test en az 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında hava yolu ve 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında kemik yolu işitme eşiklerini ve konuşmayı ayırt etme testi sonuçlarını içermelidir. 8 yaş altı çocuklarda konuşmayı ayırt etme skoru şartı aranmaz. 8 yaş ve üzerindeki konuşmayı ayırt etme testinin yapılmadığı durumlarda ise gerekçenin (hastanın Türkçe bilmemesi, serabral palsi, motor mental retardasyonu, afazi gibi) sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gereklidir.

(5) İşitme cihazı bedelinin Kurumca karşılanabilmesi için;

a) 0-18 yaş çocuklarda; tek tarafı veya bilateral işitme cihazı temini için sağlık kurulu raporlarının, en az 1 (bir) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı, Kurumla sözleşmeli 3. basamak resmi sağlık kurumlarının düzenlenmesi gerekmektedir.

b) 18 yaş üzeri hastalarda tek taraflı işitme cihazı termini için sağlık kurulumlarına en az 1 (bir) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarında düzenlenmesi gerekmektedir.

c) Sağlık kurulu raporlarında kalıcı işitme kaybı olduğu ve bu fıkranın (d) bendinde belirtilen otoyolojik kriterleri sağladığını belirlenmesi gerekmektedir.

ç) 18 yaş üzeri ilk kez işitme cihazı kullanılacak hastaların, ikinci kulakına işitme cihazı ödenebilmesi için en az 6 ay süre ile işitme cihazı kullanması gerekmekte ve bu süre sonunda ilaızdan yarar gördüğünü resmi sağlık kurumlarında düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirlenmesi gerekmektedir. Ancak daha önce 6 ay veya daha fazla süre ile işitme cihazı (tek taraflı veya bilateral) kullanan hastalarda bu bende belirtilen 6 ay süre şartı aranmayacaktır.

d) İşitme cihazları saf ses odyometri testi veya davranım odyometri testi ile belirlenmiş işitme cihazı için ilgili kulakta 500-1000-2000-4000 Hz frekanslarında 26 dB ve üzerinde, ABR ile belirlenmiş işitme cihazı için elde edilen eşiklerin 30 dB ve üzerinde olması gerekmektedir.

(6) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarında görevli kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekim raporuna istinaden; 13 yaş altı hastalarda 6 ayda 1 (bir) defa, 13 yaş üzeri hastalarda ise yılda 1 (bir) defa işitme cihazı kalıbı kulak kalıbı bedelleri Kuruma karşılanır. Ancak, işitme cihazlarının ilk kez alınması aşamasında kulak kalıbı bedelleri Kuruma karşılanmaz.

(7) 18 yaş altı çocuklar için belirlenmiş olan işitme cihazı tutarı; 0-4 yaş için %80, 5-12 yaş için %60 ve 13-18 yaş için %50 oranında artırılarak Kuruma bedeli karşılanır."

**MADDE 11- Aynı Tebliğin 4.1.4 numaralı maddesinin beşinci fıkrasının son cümlesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**  
"Tedavinin 6 aydan uzun sürmesi veya aynı reçetede 3 kulu ve üzerinde ilaç kullanımını gerektiren hallerde dermatoloji uzman hekim tarafından reçete düzenlenmesi veya dermatoloji uzman hekimince düzenlenen 6 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmiş halinde bedelleri Kuruma karşılanır."

**MADDE 12- Aynı Tebliğin 4.2.1.C-1 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.**

a) Onuncu fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(10) Crohn hastalığı;

a) Yetişkinlerde; fistülize, şiddetli veya aktif lüminal Crohn hastalığında adalimumab, sertolizumab ve infliximab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immünyosupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde başlangıça göre en az 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir. Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde başlangıça göre en az 70 puan ve üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile ilacın kullanılacak dozu ve süresinin belirlendiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında en az bir gastroenteroloji veya genel cerrahi uzman hekiminin yer alması ve reçetelerin gastroenteroloji, iç hastalıkları veya genel cerrahi uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde Kuruma bedelleri karşılanır. Crohn hastalığının adalimumabın Çakon formunun kullanılması halinde bedelleri Kuruma karşılanmaz.

b) Çocuklarda; fistülize, şiddetli veya aktif lüminal Crohn hastalığında adalimumab ve infliximab; sistemik kortikosteroidler ve/veya klasik immünyosupresifler ile 12 haftalık tedaviye yeterli yanıt vermeyen veya tolere edemeyen hastalarda bu durumun ve söz konusu ilaçların günlük kullanım dozu ve kullanım süresini belirten 4 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınmaması (The Pediatric Crohn Disease Activity Index (PCDAI) skorunda başlangıça göre en az 15 puan düşüş olmaması) durumunda tedavi kesilir. PCDAI skorunda başlangıça göre en az 15 puan ve üzerinde düşüş olması halinde, bu durum ile ilacın kullanılacak dozu ve süresinin belirlendiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında en az bir çocuk gastroenterolojisi veya çocuk cerrahisi uzman hekiminin yer alması ve reçetelerin çocuk gastroenterolojisi, çocuk sağlığı ve hastalıkları veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde Kuruma bedelleri karşılanır."

b) Aynı maddede aşağıdaki fıkralar eklenmiştir.

"(12) Üçüncü hastalığı;

a) Yetişkinlerde; kortikosteroidlere yetersiz yanıt vermiş, kortikosteroid kullanımının azaltılması gereken veya kortikosteroid tedaviğine uygun olmayan non-enfeksiyöz orta, arka veya panüvelitte 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine başlanabilir. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporlarının üçüncü basamak sağlık kurumlarında ve üç göz hastalıkları uzman hekim tarafından düzenlenmesi ve göz hastalıkları uzman hekimince reçete edilmiş halinde bedelleri Kuruma karşılanır.

b) 2 yaşından itibaren çocuklarda, konvansiyonel tedavilere yetersiz yanıt vermiş, konvansiyonel tedavilere uygun olmayan/tolere edemeyen non-enfeksiyöz kronik anterior üveitte 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine başlanabilir. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun belirtildiği 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Sağlık kurulu raporlarının üçüncü basamak sağlık kurumlarında ve üç göz hastalıkları uzman hekim tarafından düzenlenmesi ve göz hastalıkları uzman hekimince reçete edilmiş halinde bedelleri Kuruma karşılanır."

(13) Orta veya şiddetli aktif Hidradenitis Suppurativa (HS) hastalığı olan yetişkinlerde 6 hafta süreyle sistemik antibiyotik tedaviğine yeterli yanıt alınmaması durumunda en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak adalimumab tedavisine başlanır. İlacı başlandıktan 3 ay sonra, başlangıça göre apse ve inflamatuvar nodüllerin en az %50 azalması ve apse sayılarında artış olmaması ve akırcık fistüllerin sayısında artış olmaması durumunda en fazla 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tedaviye devam edilebilir. Devam eden raporlarda başlangıç ve devam kriterleri aranmaz. Tedaviye 1 yıl ve daha uzun süre ara veren hastalarda yeniden başlangıç kriterleri aranır. Sağlık kurulu raporlarının üçüncü basamak sağlık kurumlarında ve üç dermatoloji uzman hekim tarafından düzenlenmesi ve dermatoloji uzman hekimince reçete edilmiş halinde bedelleri Kuruma karşılanır."

**MADDE 13- Aynı Tebliğin 4.2.1.C-5 numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.**

"(4) Dev Hücresel Arteriti (HHA) bütanen erişkin hastalarda, uzun süre ve yüksek doz kortikosteroid kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tosilizumabın subkütan formu ile tedaviye başlanır. İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun yeni düzenlenecek 6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirlenmesi koşulu ile tedaviye devam edilebilir. Düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında en az bir romatoloji veya immünoloji veya alerji uzman hekimlerinden birinin yer alması ve reçetelerin romatoloji veya immünoloji veya alerji uzman hekimlerince düzenlenmesi halinde Kuruma bedelleri karşılanır."

**MADDE 14- Aynı Tebliğin 4.2.10.A-1 numaralı maddesinin birinci ve üçüncü fıkralarının (e) ve (ç) bentleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

"e) Karaciğer hacminin herhangi bir görüntüleme yöntemi ile en az 1,25 kat artmış olduğunun tespiti edilmiş.

ç) Dalak hacminin herhangi bir görüntüleme yöntemi ile en az 5 kat artmış olduğunun tespit edilmiş."

**MADDE 15-** Aynı Tebliğin 4.2.12.3 numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Birinci fıkrasının (f) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"f) Kronik İnflamatuvar Polinöropati (CIDP) ve Multifokal Motor Nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında nöroloji uzman hekimleri tarafından.

1 yıl süreyle düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden ilgili uzman hekimlerce 1 aylık dozda reçete edilebilir. Bu endikasyonlar için Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı aranmaz."

b) İkinci fıkrasında yer alan "düzenlenen" ibaresinden sonra gelmek üzere "1 yıl süreli" ibaresi ve "uzman hekimler tarafından" ibaresinden sonra gelmek üzere "1 aylık dozda" ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 16-** Aynı Tebliğin 4.2.13.1 numaralı maddesinin öçünü, dördüncü, beşinci ve yedinci fıkraları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"3) Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye; günde 100 mg lamivudin, 600 mg telbivudin, 245 mg tenofovir disoproskil fumarat, 0,5 mg entekavir veya 25 mg tenofovir alafenamid fumarat ile başlanır. Tenofovir alafenamid fumaratın yalnızca aşağıda tanımlı hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

1- Kronik steroid veya kemik mineral densesini etkileyen ilaç kullanımı olan veya travma ilişkili olmayan kemik kırığı öyküsü veya osteoporozu olan hastalar.

2- GFR<60 ml/dk/1,73m<sup>2</sup> veya kan fosfat düzeyi<2,5 mg/dl olan veya albuminüri/proteinüri olan veya diyalize giren veya renal transplantasyon yapılmış hastalar.

(4) Erişkin hastalar oral antiviral tedavi almakta iken;

a) Lamivudin veya telbivudin tedavisi almakta iken 24 üncü haftada HBV DNA düzeyi 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan hastalarda diğer antiviraller kullanılabilir. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA düzeyi 50 IU/ml'in (300 kopya/ml) altında ise başka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.

b) Oral antiviral tedavi almakta olan hastalarda negatif (-) olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA düzeyinin 10 kat yükselmesi ile başka bir oral antivirale geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir.

c) Tenofovir disoproskil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen HBV DNA düzeyinin pozitif olması durumunda bu antiviraller arasında geçiş yapılabilir veya tenofovir disoproskil fumarat ile entekavir veya tenofovir alafenamid fumarat ile entekavir birlikte kullanılabilir.

ç) Oral antiviral tedavisi almakta olan hastalarda gebelik oluşması durumunda oral antiviral değişiminde bu koşullar aranmaz.

d) Kullanılan antivirale karşı yan etki gelişmesi halinde koşul aranmaksızın başka bir antivirale geçilebilir. Tenofovir alafenamid fumarata geçişte ise bu maddenin öçünü fıkrasında yer alan koşullar aranır.

e) Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi gerekçesi mevcut raporda veya düzenlenecek yeni raporda belirtilir.

f) Adevofir tedavisinden koşul aranmaksızın tenofovir disoproskil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavire geçilebilir.

(5) 2-18 yaş çocuk hastalarda oral antiviral tedaviye;

a) Lamivudin ile 3 mg/kg/gün (günlük maksimum doz 100 mg) dozunda 2-18 yaş grubunda, tenofovir disoproskil fumarat ile 245 mg/gün veya tenofovir alafenamid fumarat ile 25 mg/gün dozunda 12-18 yaş grubunda, entekavir ile 0,5 mg/gün dozunda 16-18 yaş grubunda başlanabilir.

b) Çocuk hastalar oral antiviral tedavi almakta iken;

1) Lamivudin tedavisi almakta iken 24 üncü haftada HBV DNA düzeyi 50 IU/ml (300 kopya/ml) ve üzerinde olan çocuk hastalarda yaş grubu göz önüne alınarak tenofovir disoproskil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir kullanılabilir. Ancak bu tedavilerin 24 üncü haftasında HBV DNA düzeyi 50 IU/ml'in (300 kopya/ml) altında ise başka bir oral antiviral ajana geçilemez veya eklenemez.

2) Oral antiviral tedavi almakta olan çocuk hastalarda negatif (-) olan HBV DNA'nın pozitifleşmesi veya HBV DNA düzeyinin 10 kat yükselmesi ile yaş grubu göz önüne alınarak başka bir oral antivirale geçilebilir veya almakta oldukları tedaviye ikinci bir oral antiviral eklenebilir.

3) Tenofovir disoproskil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir ile tedavi alan çocuk hastalarda birinci yılın sonunda halen HBV DNA düzeyinin pozitif olması durumunda yaş grubu göz önüne alınarak bu antiviraller arasında geçiş yapılabilir veya tenofovir disoproskil fumarat ile entekavir veya tenofovir alafenamid fumarat ile entekavir birlikte kullanılabilir.

4) Kullanılan antivirale karşı yan etki gelişmesi halinde koşul aranmaksızın çocuğun yaş göz önüne alınarak başka bir antivirale geçilebilir.

5) Oral antiviral değişimi ya da tedaviye yeni oral antiviral eklenmesi gerekçesi mevcut raporda veya düzenlenecek yeni raporda belirtilir.

6) Adevofir tedavisinden koşul aranmaksızın çocuğun yaş göz önüne alınarak tenofovir disoproskil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavire geçilebilir."

"7) Antiviral tedavi almakta olan HBsAg pozitifliği devam eden hastalarda; klinik, laboratuvar, görüntüleme ve gerekmesi halinde karaciğer biyopsisi verilerinin değerlendirilmesi sonucunda verilecek karara göre tedaviye devam edilir. Tedaviye ara verilmesi durumunda bu fıkra hükümleri uygulanır."

**MADDE 17-** Aynı Tebliğin 4.2.13.1.2 numaralı maddesinin birinci fıkrasında yer alan "245 mg tenofovir" ibaresinden sonra gelmek üzere "disoproskil fumarat veya 25 mg tenofovir alafenamid fumarat" ibaresi ve üçüncü fıkrasında yer alan "veya tenofovir" ibaresinden sonra gelmek üzere "disoproskil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat" ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 18-** Aynı Tebliğin 4.2.13.3.2 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

**4.2.13.3.2- Kronik Hepatit C tedavisinde genel hükümler**

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda Genotip tayini yapılır. Genotip ve subtipi (Laboratuvar tetkikinde Genotip 1 subtipi belirlenmeyen olgular Genotip 1a olarak kabul edilir) sağlık raporunda belirtilir.

(2) Kronik Hepatit C'ye bağlı Child-Pugh A karaciğer sirozu olan hastalarda; trombosit sayısının 100.000/mm<sup>3</sup> ün altında veya protrombin zamanının 3 saniye ve/veya üzerinde olması koşulu aranır.

(3) Kronik Hepatit C'ye bağlı Child-Pugh B veya Child-Pugh C karaciğer sirozu olan hastalarda; asit sayısının varlığı veya hepatic ensefalopati veya özefagus varis kanaması olması koşulları aranır.

(4) Kronik Hepatit C tedavisinde aşağıda belirtilen tedavi şemaları kullanılır. Ancak hastaların diğer hastalıkları nedeniyle kullandıkları ilaçlarla ilaç etkileşiminin belirlenmesi halinde, belirtilen tedavi şemaları dışında kullanımları Sağlık Bakanlığından reçete hazırlanacak endikasyon dışı ilaç kullanımı onay ile mümkün olabilecektir. Bu şekildeki kullanımların gerekeceği hasta ayrıca düzenlenecek sağlık raporunda belirtilmektedir.

(5) Tedavide kullanılan ilaçlar, üçüncü basamak sağlık kurumlarında gastroenteroloji veya enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen, ekinde Child-Pugh sınıflamasını kanıtlayan bilgi/belgelerin yer aldığı ve tedavi şemasının belirtildiği uzman hekim raporuna dayanılarak, bu uzman hekimler ile çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu tedaviler, bir defaya mahsus kullanılabilir.

#### 4.2.13.3.2.A- Erişkin hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

##### 4.2.13.3.2.A.1- Daha önce Kronik Hepatit C tedavisi almamış hastalarda tedavi

(1) Genotip 1 hastalarda tedavi;

a) Nonsiroitik hastalarda;

1- Genotip 1a: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

2- Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 haftadır.

b) Siroitik hastalarda;

1- Genotip 1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 24 haftadır.

2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 8 veya 12 haftadır.

3- Genotip 1a veya Genotip 1b (Child-Pugh B veya Child-Pugh C): (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(2) Genotip 2 hastalarda tedavi;

a) Nonsiroitik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Siroitik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(3) Genotip 3 hastalarda tedavi;

a) Nonsiroitik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Siroitik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(4) Genotip 4 hastalarda tedavi;

a) Nonsiroitik hastalarda ve Siroitik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.

b) Siroitik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(5) Genotip 5 hastalarda tedavi;

a) Nonsiroitik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Siroitik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

c) Siroitik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(6) Genotip 6 hastalarda tedavi;

a) Nonsiroitik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 haftadır.

b) Siroitik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

c) Siroitik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

##### 4.2.13.3.2.A.2- Tedavi deneyimli Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin tedavisi alan ve komplikasyonlar nedeniyle tedavisine 12 nei haftadan önce son verilmiş olan Kronik Hepatit C hastaları, tedavi almamış hastalar ile aynı kullarlara tabi olarak yeniden tedavi edilebilirler.

(2) Yeniden tedavi, daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin veya Peginterferon+Ribavirin+Boceprevir/Telaprevir tedavi deneyimli HCV RNA'sı pozitif hastalarda ve histarına daha önce aldığı tedavi sağlık raporunda belirtilir.

(3) Genotip 1 hastalarda yeniden tedavi;

a) Nonsiroitik hastalarda;

1- Genotip 1a: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

2- Genotip 1b: (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

b) Siroitik hastalarda;

1- Genotip 1a (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

2- Genotip 1b (Child-Pugh A): (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon+Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

3- Genotip 1a veya Genotip 1b (Child-Pugh B veya Child-Pugh C): (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile toplam tedavi süresi 12 haftadır.

(4) Genotip 2 hastalarda yeniden tedavi;

a) Nonsiroitik hastalarda; NSSA inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NSSA inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

b) Siroitik (Child-Pugh A) hastalarda; NSSA inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NSSA inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

(5) Genotip 3 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Herhangi bir tedavi deneyimi olan hastalarda kullanılır.)

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır. (Herhangi bir tedavi deneyimi olan hastalarda kullanılır.)

(6) Genotip 4 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon-Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır. (Yalnızca daha önce Peginterferon veya Peginterferon-Ribavirin deneyimli hastalarda kullanılır.)

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(7) Genotip 5 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda; NSSA inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NSSA inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NSSA inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NSSA inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(8) Genotip 6 hastalarda yeniden tedavi:

a) Nonsirotik hastalarda; NSSA inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 8 hafta, NSSA inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

b) Sirotik (Child-Pugh A) hastalarda; NSSA inhibitörü naiv olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 hafta, NSSA inhibitörü deneyimli olan hastalar için (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 16 haftadır.

c) Sirotik (Child-Pugh B veya Child-Pugh C) hastalarda (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

#### 4.2.13.3.2.B- Çocuk hastalarda Kronik Hepatit C tedavisi

(1) HCV RNA'sı pozitif hastalarda Genotip tayini ile tedaviye başlanabilir.

(2) Kronik Hepatit C tedavisinde Interferon+Ribavirin veya Peginterferon+Ribavirin kombinasyonu kullanılır. Ribavirin kullanımını için kontrendikasyon bulunmayanlarda tek başına Interferon veya Peginterferon kullanılabilir. Tek başına Ribavirin kullanımını endikasyonu yoktur.

(3) Genotip 1 ve Genotip 4 için tedavi süresi toplam 48 haftadır. Tedavi başladıktan sonra 12 nci hafta sonunda HCV RNA düzeyleri 2 log (100 kat) azalmayanlarda tedavi süresi 16 haftayı geçemez. 24 üncü haftada HCV RNA pozitifliği devam eden hastalarda tedavi en geç 28 inci hafta sonunda kesilir. 16 ncı haftada 2 log (100 kat) azalan hastalarda ve 28 inci haftada HCV RNA (-) olan hastalarda HCV RNA analiz sonucu reçete veya raporda belirtilir. Bu süreler içinde komplikasyonlar nedeniyle tedaviye ara vermek zorunda kalan hastalarda, belirtilen haftalar içinde süreç tekbaki eden dozda ilaç alınamamışsa, ara verilme nedenleri gerekçeleri ile yeni raporda belirtmek kaydıyla tedavi bu fıkrada belirtilen haftalık dozlarla tamamlanır. Tedaviye devam kriterleri yeni rapora göre değerlendirilir.

(4) 3-18 yaş çocuklarda; Ribavirin dozu 15 mg/kg/gün, maksimum 1.200 mg/gündür. Peginterferon daha önce Interferon tedavisi almamış hastalarda uygulanabilir.

#### 4.2.13.3.2.B.1- 3 ilâ 18 yaş çocuk Kronik Hepatit C hastalarında yeniden tedavi

(1) Komplikasyonlar nedeniyle tedaviye 12 nci haftadan önce son verilmiş olan Kronik Hepatit C hastaları, tedavi alınmış hastalar ile aynı kurallara tabi olarak yeniden tedaviye alınabilirler. İlk 12 hafta içinde komplikasyonlar nedeniyle tedavisine ara vermek zorunda kalan hastalar, 12 hafta içinde 12 doz ilacı alamamışsa ara verilme nedenleri gerekçeleriyle yeni raporda belirtmek kaydıyla tedavi 12 haftalık doza tamamlanır.

#### 4.2.13.3.2.C- Organ nakli olmuş hastalarda tedavi

(1) Organ nakli olmuş HCV RNA'sı pozitif olan hastalarda;

a) (Sofosbuvir+Ledipasvir)+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 12 hafta veya

b) (Ombitasvir+Paritaprevir+Ritonavir)+Dasabuvir+Ribavirin ile tedavi süresi toplam 24 hafta veya

c) (Glekaprevir+Pibrentasvir) ile tedavi süresi toplam 12 haftadır.

(2) Düzenlenecek uzman hekim raporlarında hangi organ naklinin yapılmış olduğu belirtilmelidir."

**MADDE 19- Aynı Tebliğin 4.2.14.B numaralı maddesinin birinci fıkrasının yer alan "zolendronik asit" ibaresinden sonra gelmek üzere "**, pegifgrastim, lipogifgrastim" ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 20- Aynı Tebliğin 4.2.14.C numaralı maddesinin üçüncü fıkrasının aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.**

a) (1) bendine aşağıdaki alt bent eklenmiştir.

"5) Rituksimab 1400 mg subkütan formu Non-Hodgkin Lenfomada;

a. Nükseden veya kemorezistan CD20 pozitif folliküler lenfoma, diffüz büyük B hücreli lenfoma, mantle hücreli lenfoma tanı hastalarının tedavisinde;

b. Daha önce tedavi edilmiş evre III-IV folliküler lenfomalı hastalarda kemoterapi ile kombinasyon halinde;

c. İnfüksiyon tedavisine yanıt veren folliküler lenfomalı hastalarda idame tedavisi olarak (en fazla 2 yıl süreyle ve en fazla 8 kür olarak).

ç. CD20 pozitif, diffüz büyük B hücreli lenfomada CHOP (siklofosfamid, dokserubisin, vinkristin, prednizolon) kemoterapi şemasına ek olarak kullanılabilir.

d. Tıbbi onkoloji veya hematoloji uzman hekimlerinden en az birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden yalnızca bu uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kuruma karşılanır."

b) (1) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.

c) (mm) bendinin birinci alt bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"1) Aşağıdaki endikasyonlarda monoterapi şeklinde kullanılır.

a) Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu ve/veya ekson 21 (L858R) mutasyonu olan, lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (NSCLC) hastaların tedavisinde birinci basamak ve daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş yetiştin hastaların tedavisinde progresyona kadar."

ç) (aa) bendinin birinci ve ikinci alt bentlerinde yer alan "tedaviye başlanılması ve" ibarelerinden sonra gelmek üzere "üçüncü basamak sağlık kurumlarında" ibareleri ile "bekimleri tarafından" ibarelerinden sonra gelmek üzere "birer aylık dozda" ibareleri eklenmiş, Beçüncü alt bendinde yer alan "kronik nefritik sendrom" ibaresinden sonra gelmek üzere ", trombotik mikrotanjyopati" ibaresi eklenmiştir.

d) Aynı şekıra aşağıdaki bentler eklenmiştir.

#### **“üü) Venetoklaks;**

1) BCL-2 varlığı akım sitometrik olarak veya immünohistokimyasal yöntemlerle gösterilmiş olan 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu pozitif olan kronik lenfositik lösemi hastalarında en az 3 ay süreyle ibrutinib veya idelalisib kullanılmasına rağmen yanıt alınamayan veya nöks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) BCL-2 varlığı akım sitometrik olarak veya immünohistokimyasal yöntemlerle gösterilmiş olan 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu negatif olan kronik lenfositik lösemi hastalarında ibrutinib veya idelalisib tedavisini de içeren en az 3 seri kemo-immünoterapi uygulamasına rağmen yanıt alınamayan veya nöks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az 3 hematoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmiş halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede hastalığın stabil kaldığı veya en az kısmi yanıt almış olduğu yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir. Sağlık Kurulu raporu ekinde tetkik belgelerinin yer alması gerekmektedir.

#### **vv) İbrutinib;**

1) Kronik Lenfositik Lösemi (KLL) tedavisinde;

a) 70 yaş ve üzeri veya Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) >6 olması nedeniyle kemoterapiye uygun olmayan ve ilk basamak tedaviye yanıtız veya nöks gelişen KLL hastalarının ikinci basamak tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) 70 yaş üzeri olup CIRS >6 olması nedeniyle kemoimmünoterapiye uygun olmayan 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu pozitif olan KLL hastalarının ilk basamak tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

c) CIRS ≤6 olup kemoimmünoterapiye uygun olan ve 17p delesyonu veya TP53 mutasyonu pozitif olan, ilk basamak tedaviye yanıtız veya nöks gelişen KLL hastalarının ikinci basamak tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

ç) CIRS ≤6 olup kemoimmünoterapiye uygun olan KLL hastalarında iki seri tedaviye (daha önce en az üçer sıklus nökleozid analogü ve/veya immünoterapi ile kombinasyonu tedavisi ve alkilleyici ajan ve/veya immünoterapi ile kombinasyonu tedavisi) yanıtız veya 2 yıldan daha kısa sürede nöks gelişmesi durumunda üçüncü basamak tedavide kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Mantle Hücreli Lenfoma (MHL) tedavisinde; en az 3 seri rituksimab ve alkilleyici ajan kombinasyonu sonrası nöks gelişen veya bu tedaviyle dirençli olan veya olog kök hücre nakli sonrası nöks gelişen hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) En az bir hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi ve progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede hastalığın stabil kaldığı veya en az kısmi yanıt almış olduğu yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir.

#### **yy) İksazomib;**

1) Daha önce bortezomib ve immünomodülatör ilaç içeren bir veya daha fazla seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış olmasına rağmen nöks gelişen ve bortezomib ve lenalidomid tedavisine dirençli olmadığı gösterilen multiple myelom hastalarında, lenalidomid ve/veya deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) 3 üçüncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt olduğunun belirtildiği, hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) İksazomib, karfilzomib ve pomalidomid etken maddeli ilaçların birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

#### **zz) Pomalidomid;**

1) Olog kök hücre nakline uygun olmayan, bortezomib ve immünomodülatör ilaç içeren en az üç seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış olmasına rağmen yanıt alınamayan veya nöks gelişen multiple myelom hastalarında, deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) Olog kök hücre nakline uygun olan, bortezomib, lenalidomid ve olog nakil destekli yüksek doz kemoterapötik ilaç içeren en az üç seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış olmasına rağmen yanıt alınamayan veya nöks gelişen multiple myelom hastalarında, deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) 3 üçüncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncı kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt olduğunun belirtildiği, hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

4) İksazomib, karfilzomib ve pomalidomid etken maddeli ilaçların birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

### aaa) Karfilizomib;

1) Daha önce birtuzomib ve immünoomodülatör ilaç içeren en az bir seri tedaviyi uygun dozda ve yeterli sürede kullanmış olmasına rağmen yanıt alınmayan veya nüks gelişen multiple myelom hastalarında lenalidomid ve/veya deksametazon ile kombine olarak progresyona kadar kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) 3 üncü kür sonunda en az minör yanıt, 6 ncü kür sonunda ve devam eden her 6 kür sonunda ise en az kısmi yanıt olduğunun belirtildiği, hematoloji veya onkoloji uzman hekiminin yer aldığı, en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji veya onkoloji uzman hekimlerince reçete edilmiş halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) İksazomib, karfilizomib ve pomalidomid etken maddeli ilaçların birbirleri ile kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz.

### bbb) Obinutuzumab;

1) 70 yaş ve üzerinde olup Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) >6 ve/veya kreatinin klirensi 30-69 ml/dk olan kronik lenfositik lösemi hastalarında klorambusil ile kombine olarak ilk seri tedavide kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

2) 70 yaş altında olup CIRS >6 ve/veya kreatinin klirensi 30-69 ml/dk olan ve fludarabini veya bendamustini kombinasyon tedavisine uygun olmayan ve önceden rituksimab kullanmış kronik lenfositik lösemi hastalarında ikinci sıra tedavide olması kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

3) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen en az bir hematoloji uzmanının yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporu ekinde tetkik belgelerinin yer alması gerekmektedir. Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için yapılan değerlendirmede hastalığın stabil kaldığı veya en az kısmi yanıtın alınmış olduğu yeni düzenlenecek raporda belirtilmelidir."

**MADDE 21- Aynı Tebliğin 4.2.16 numaralı maddesinin ikinci fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde yer alan "1" ibareleri "3" olarak değiştirilmiştir.**

**MADDE 22- Aynı Tebliğin 4.2.24.C numaralı maddesine aşağıdaki fıkra eklenmiştir.**

"(2) Azelastin hidroklorür ve flutikazon propiyonat kombine preparatları; 12 yaş ve üzeri hastalarda orta ila şiddetli mevsimsel ve pereniyal alerjik rinit semptomlarının giderilmesinde, intranasal antihistaminik veya glukokortikoid monoterapisinin yeterli olmadığı durumlarda bu durumun belirtildiği alerji ve immünoloji, kulak burun boğaz, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır."

**MADDE 23- Aynı Tebliğin 4.2.25 numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan "düzenlenen" ibaresinden sonra gelmek üzere "1 yıl süreli" ibaresi eklenmiştir.**

**MADDE 24- Aynı Tebliğin 4.2.28.A numaralı maddesinde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.**

a) Madde başlığı altına "**4.2.28.A-1- Yetişkinlerde:**" alt madde başlığı eklenmiştir.

b) Aynı maddeye aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

**"4.2.28.A-2- Çocuklarda:**

(1) Statinler; aşağıdaki koşullardan en az birinin sağlanması durumunda çocuk metabolizma hastalıkları veya çocuk endokrinolojisi ve metabolizma hastalıkları veya çocuk kardiyolojisi uzman hekimince düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

a) 10 yaşından küçük çocuklarda;

1) Kardiyovasküler hastalık veya kalp transplantasyonu geçirmiş olan veya homozigot atleli hiperkolesterolemili ve LDL düzeyi 400 mg/dl ve üstünde olanlarda;

2) LDL düzeyi 190 mg/dl ve üstünde olan ve ek olarak birden fazla yakın aile bireyinde erken başlangıçlı kardiyovasküler hastalık bulunan veya en az bir risk faktörü bulunanlarda;

b) 10 yaş ve üzeri çocuklarda;

1) LDL düzeyinin 190 mg/dl'nin üstünde olduğu durumlarda;

2) LDL düzeyinin 160 mg/dl'nin üstünde olduğu ve ek olarak aile yükümlü veya iki ek risk faktörü bulunanlarda;

3) LDL düzeyinin 130 mg/dl'nin üstünde olduğu ve ek olarak klinik kardiyovasküler sistem hastalığı veya üç ek risk faktörü bulunanlarda;

(2) Ek risk faktörleri; hipertansiyon, VKI persentile  $\geq 95$ , HDL-C <40 mg/dl, diyabet, kronik böbrek yetmezliği, son dönem böbrek hastalığı, geçirilmiş böbrek nakli, Kawasaki hastalığı, kronik inflamatuvar hastalık, HIV enfeksiyonu veya neitrotik sendromdur.

(3) LDL düzeyinin, tedaviye başlanmadan önceki son 6 ay içinde, en az bir hafta ara ile yapılmış iki ölçümde de tedaviye başlama kriterlerini sağlığı olması ve tetkik sonuçlarının uzman hekim raporunda belirtilmesi gerekmektedir. Devam eden raporlarda LDL düzeyini gösteren yeni bir tetkik sonucu aranmaz. Tedaviye 6 ay ve daha uzun süre ara veren hastalarda yeniden başlangıç kriterleri anarur."

**MADDE 25- Aynı Tebliğin 4.2.33 numaralı maddesi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.**

**"4.2.33- Göz hastalıklarında ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Üveçajuzumab, ranibizumab, aflibercept, deksametazon intravitreal implant ve verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçların; öncelikle basamak sağlık kurumlarında 3 göz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden göz hastalıkları uzman hekimlerince uygulanması ve aşağıda yer alan kuralar çerçevesinde reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Bu etkin maddeleri içeren ilaçların kombine olarak kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. Farklı göze kullanımlar kombine kullanım olarak değerlendirilmez.

(2) Raporlarda; hasta anamnezi, görme keskinliği, lezyona ait renkli resim, Fundus Fluorescein Angiografi (FFA) (kontrendikasyonu yoksa) ve Optik Koherens Tomografi (OKT) bulguları ile tedavide yantı ilişkin kriter esasları yer alacaktır.

(3) Tedavinin etkinliğine (tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap) yönelik değerlendirme kriterleri aşağıdaki gibidir:

a) Başlangıç tedavisine göre görme keskinliğinde artış olmaması veya görme keskinliğinin azalması veya

b) Bir sıra (5 harf) kayıp olması veya

c) OKT de merkezi fovea kalınlığının 250 mikron ve üzerinde olması.

(4) İlk defaya tedavi olacak hastalarda ameliyathane koşullarında steril şartlarda hazırlanacak bevacizumab etkin maddeli ilaç ile gününbirlik tedavi kapsamında tedaviye başlanacaktır.

(5) İntravitreal bevacizumab enjeksiyonu yükleme dozu; en az 3 ay süreyle 4-6 haftada bir, her uygulamada 1,25 mg/0,1 ml'dir. Ardışık olarak yapılan 3 uygulama sonrasında tedavinin etkinliği değerlendirilecek ve başlangıç değerlerine göre etkinlik düzeyi sağlık raporunda belirtilecektir. İntravitreal bevacizumab enjeksiyonu devan dozları ve pozolojisi uygulamayı yapan hekim tarafından belirlenerek düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belirtilecektir. Tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda tedaviler; gerekmesi halinde deksametazon intravitreal implant, ranibizumab, aflibersept veya verteporfin etkin maddelerini içeren ilaçlarla ayakta tedavi kapsamında sürdürülecektir.

(6) Hâlihazırda ranibizumab veya aflibersept etkin maddelerini içeren ilaçlar ile tedavileri devam etmekte olan hastalarda ilaç değişimi gerekmesi halinde en az 3 ay süreyle bevacizumab etkin maddeli ilaç uygulaması ile tedaviye devan edilecektir.

(7) Yüklem dozu aranan durumlarda yüklem dozu tamamlanmaksızın diğer etkin maddeli ilacın kullanımını halinde bu ilaç bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(8) Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlarda 3 ay süreyle 4-6 haftada bir yüklem dozu ile tedaviye başlanır. Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'de aflibersept etkin maddeli ilaç ile yüklem dozu 5 ay süreyle de uygulanabilecektir. Ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlarla tedaviye Sağlık Bakanlığınca ruhsatlı endikasyonunda belirtilen sürelerden daha uzun süreyle ara verilmesi durumunda Sağlık Bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanımı onayı alınması ve onay tarih ve sayısının sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(9) Ranibizumab ve aflibersept etkin maddeli ilaçlar arasında ilaç değişimini gereken hallerde tedaviye en az 3 ay süreyle 4-6 haftada bir bevacizumab etkin maddeli ilaç ile devam edilecek olup bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda diğer etkin maddeli ilaç ile tedaviye yüklem dozu yapılmaksızın devam edilebilecektir.

#### **4.2.33.A- Yaş tip yaşa bağlı makula dejenerasyonu tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri**

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 3 ay süre ile verteporfin etkin maddeli ilaç ve bu sürenin sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.

#### **4.2.33.B- Retina ven tıkanıklığı ve santral retinal ven tıkanıklığında ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 1 defaya mahsus olmak üzere deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç kullanılması ve sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; 1 yıl içinde 2 dozu geçmemek şartıyla deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç uygulanarak tedaviye devan edilecektir. Deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.

#### **4.2.33.C- Patolojik Miyopiye (PM) bağlı Koroidal Neovaskülarizasyondan (KNV) kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde ilaç kullanım ilkeleri**

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 3 ay süre ile verteporfin etkin maddeli ilaç ve bu sürenin sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçlar ile tedavinin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.

#### **4.2.33.D- Diyabetik Maküler Ödem (DMÖ)'den kaynaklanan görme bozukluğunun tedavisinde kullanılan ilaçların kullanım ilkeleri**

(1) Bevacizumab etkin maddeli ilaç ile tedaviye başlanır. Bevacizumab kullanımının kontrendike olduğu durumlarda 1 defaya mahsus olmak üzere deksametazon intravitreal implant etkin maddeli ilaç kullanılması ve sonunda bevacizumab etkin maddeli ilaç kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Bevacizumab etkin maddeli ilaçla tedaviye cevapsızlık/yetersiz cevap alınması durumunda; deksametazon, ranibizumab veya aflibersept etkin maddeli ilaçların gerekli görüldüğü hallerde tedavilerin 4.2.33 üncü madde hükümleri çerçevesinde sağlanması gerekmektedir.

#### **4.2.33.D- Göz hastalıklarının tedavisinde kullanılan diğer ilaçlar**

(1) Siklosporin içeren immümsupresif göz damlaları, üç göz hastalıkları uzman hekimini tarafından düzenlenen bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilebilir.

(2) Kuru göz sendromunda kullanılan suni gözyaşları, göz hastalıkları uzman hekimlerince veya bu hekimlerce düzenlenecek 6 (altı) ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlerce reçete edilebilir."

**MADDE 26-** Aynı Tebliğin 4.2.35.A numaralı maddesinin ikinci fıkrasında yer alan "birinin düzenlediği" ibaresinden sonra gelmek üzere "1 yıl süreli" ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 27-** Aynı Tebliğin 4.2.49 numaralı maddesinin üçüncü fıkrasında aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) (c) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"c) Bu maddenin 3 üncü fıkrasının (a) ve (b) bentlerinde belirtilen kriterlere uyan hastalarla invaziv/non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı olup olmadığının bakılmaksızın tedaviye başlanır. İlk 4 doz ilaç kullanımını başlangıç tedavisi olarak kabul edilir ve ilk 4 doz ilaç kullanımını sürecinde SMA'dan kaynaklı invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı ve süreleri değerlendirilmelerde dikkate alınmaz. 5 inci ve takip eden dozlar idame tedavilerdir."

b) (ç) bende aşağıda yer alan paragraflar eklenmiştir.

"Komisyon tarafından verilecek onaylarda; CHOP INTEND puanlaması ile göğüs hastalıkları veya çocuk yoğun bakım uzman bekimi tarafından 24 saat süreli izlemde raporlanmış günlük invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi ana kriterlerdir. Non invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı değerlendirilmelerde dikkate alınmaz. 5 inci doz için verilecek "İlaç Kullanım Onayı" nda, başlangıç puanına göre CHOP INTEND puanında en az 4 puan artış ve invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacında kesintisiz en az 4 saat/gün azalma olması gerekmektedir olup bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. 6, 7, 8 ve 9 uncu dozlar için verilecek "İlaç Kullanım Onayı" nda, CHOP INTEND puanında bir önceki doza göre artış ve invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacında azalma olması gerekmektedir olup bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. 10 uncu doz için verilecek "İlaç Kullanım Onayı" nda, başlangıç puanına göre CHOP INTEND puanında en az 16 puan artış ve invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacının kabici olarak ortadan kalkması veya CHOP INTEND puanının en az 40 puan ve 15 gün boyunca invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacının en fazla 8 saat/gün olması gerekmektedir olup bu durum sağlık kurulu raporunda belirtilmelidir. CHOP INTEND puanlaması ve günlük invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi tanımlanan kriterlere uygun olmayan hastalarda tedaviye son verilir.

Tedavi sürecinde, SMA'dan kaynaklı olmayan, enfeksiyon vb. durumlardan dolayı invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı gelişen ve/veya invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi artan ancak sebep ortadan kalktıktan sonra invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı ortadan kalkan ve/veya invaziv mekanik solunum desteği ihtiyacı süresi azalarak bir önceki değerlere dönen hastalarda tedavi kesilmez."

**MADDE 28-** Aynı Tebliğin 4.2 numaralı maddesine aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

**"4.2.51- Drokسيدopa kullanım ilkeleri;**

(1) Enzim düzeyi ölçülmek suretiyle ve/veya moleküler terlik ile dopamin beta hidroksilaz eksikliğinin tespit edildiği ve diğer tedavi seçeneklerine yanıt alınmayan seuptomatik nörojenik ortostatik hipotansiyon hastalığının tedavisinde kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Üçüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenen metabolizma hastalıkları, endokrinoloji ve kardiyoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, metabolizma hastalıkları, endokrinoloji ve kardiyoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**4.2.52- Febuksostat kullanım ilkeleri;**

(1) Ürat deposizyonunun gerçekleşmiş olduğu erişkin hastalarda;

a) Serum ürik asit düzeylerinin; gut artriti atağı bulunması durumunda 6 mg/dl'nin üzerinde, gut artriti atağı bulunmaması durumunda ise 8 mg/dl'nin üzerinde olduğu kronik hiperürisemi hastalarında, allopurinol ile 3 ay süreli tedaviye rağmen serum ürik asit düzeyi 6 mg/dl'nin altına düşmeyen veya allopurinol intoleransı olan ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) İç hastalıkları, nefroloji, romatoloji veya fizik tedavi ve rehabilitasyon uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen, laboratuvar sonuçlarının da yer aldığı 1 yıl süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tüm uzman hekimler tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) Hematolojik maligniteler için kemoterapi alan erişkin hastalarda;

a) Hematolojik maligniteler için kemoterapi alan ve tümör lizis sendromu açısından orta veya yüksek dereceye kadar riskli olan allopurinol intoleransı ve/veya kontrendikasyonu olan hastalarda hiperüriseminin önlenmesi ve tedavisi için kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

b) En az bir hematoloji uzman hekiminin yer aldığı en fazla 3 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden hematoloji uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır."

**MADDE 29-** Aynı Tebliğ eki "Ayaktan Başvurulara Ödeme Listesi (EK-2/A)" nde yer alan "1588", "1582" ve "1595" branş kodlu satırların sırası ve uzmanlık dalları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1582	Çocuk Onkolojisi	51	51	51	51	41	44	28	31	25	24	23	23	24	23	29
1595	Çocuk Endokrinolojisi ve Metabolizma Hastalıkları	51	51	51	51	44	45	29	31	25	24	23	23	24	23	29
1588	Çocuk İmmünolojisi	51	51	51	51	42	44	29	31	25	24	23	23	24	23	29

**MADDE 30-** Aynı Tebliğ eki "Hizmet Baş İşlem Puan Listesi (EK-2/B)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "530160" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

530161	E.kuluzum uygulaması	Günde en fazla bir defa faturalandırılır. 530080, 530150, 530160, 704691, 704692 ve 704693 ile birlikte fatura edilemez. İlaç hariçtir. Herhangi bir saf malzemesi faturalandırılmaz. İlaç kare kodunun tanımlı alana girilmesi halinde fatura edilebilir. Karekod sonlandırılması gerekmektedir.	33,00
--------	----------------------	---	-------

b) Listede yer alan "155" sıra numaralı işlem satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

c) Listede yer alan 169 sıra numaralı açıklama ve "550270", "550280", "550290", "550300", "550310", "550320", "550330" SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

169		Yenidoğan çocuklarda/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) hastalarda ameliyathane ve ameliyathane dışı anestezi işlemlerinde aşağıdaki anestezi puanları uygulanır.	
170	550270	Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) anestezi puanı A1 grubu	1.350,51
171	550280	Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) anestezi puanı A2 grubu	846,75
172	550290	Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) anestezi puanı A3 grubu	503,88
173	550300	Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) anestezi puanı B grubu	235,88
174	550310	Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) anestezi puanı C grubu	134,06
175	550320	Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) anestezi puanı D grubu	82,59
176	550330	Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) anestezi puanı E grubu	56,28

c) Listede yer alan "609711" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1392	609711	Peptik ülserle bağlı duodenum perforasyonunda primer onarım, laparoskopik	751,67
------	--------	---	--------

d) Listede yer alan "700943" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2997	700943	Perikütan mitral kapak onarımı	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. 3.035,42
------	--------	--------------------------------	--

e) Listede yer alan "704210", "704230" ve "704233" SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

3383	704210	Acil hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine bakınız. Aynı gün yalnızca bir defa ve sadece yatarak tedavilerde faturalandırılır. P704230, P704233, 704230, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz.	256,76
3384	704230	Hemodiyaliz	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine bakınız. P704210, P704233, 704210, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.	256,76

3387	704233	Hv hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D-1-1 numaralı maddesine bakınız. P704210, P704230, 704210, 704230 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.	256,76
------	--------	-----------------	--	--------

f) Listede yer alan "704234" SUT kodlu işlem satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

g) Listede yer alan "704720" ve "704750" SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

3449	704720	Kernik iliği aspirasyon değerlendirilmesi	Hematoloji ve onkoloji uzman hekimince yapılması halinde faturalandırılır.	54,32
------	--------	---	--	-------

3452	704750	Kernik iliği imprint değerlendirilmesi	Hematoloji ve onkoloji uzman hekimince yapılması halinde faturalandırılır.	33,95
------	--------	--	--	-------

ğ) Listede yer alan "704941" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

3473	704941	Ekstrakorporeal Fotoferez Tedavisi (1 seans)	İşlem kiti, fistül iğnesi, fotoferez tedavisi endikasyonu olan metoksiporsolan, U-V-A lambaları, izotonik serum, heparin, erişim kateteri ve her türlü tıbbi malzeme, işlem ve ilaçlar dahildir.	3.541,32
------	--------	--	--	----------

h) I listede yer alan "903720" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

4502	903720	Spesifik İgt:	Strip testler faturalandırılmaz. Sadece göğüs hastalıkları erişkin/çocuk alerji veya klinik immünoloji uzman hekim tarafından istenilmesi halinde, test sonuçlarına ait orjinal cihaz çıktısının imzalı fotokopisi ile en fazla iki adet faturalandırılır. Deri prick testi pozitif olan hastalarda ise sadece erişkin/çocuk alerji ve/veya klinik immünoloji uzman hekimleri tarafından gerekçesi belirtilmek kaydıyla istenebilir.	27,23
------	--------	---------------	--	-------

i) Listede yer alan "905070" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

	905080	Monoklonal antikor (Akım sitometresi)	Ayrıntılı sonuç raporu ile her bir antikor için en fazla bir adet faturalandırılır. 904920 ile birlikte faturalandırılmaz.	47,58
--	--------	---------------------------------------	--	-------

**MADDE 31-** Aynı Tebliğ eki "Tanıya Dayalı İşlem Puan Listesi (EK-2/C)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "P615380" SUT kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

1678	P615380	Anevrizma ameliyatları, tek	Aynı faturada bir defadan fazla kodlanmaz.	A3	20.411,00
------	---------	-----------------------------	--	----	-----------

b) Listede yer alan "P700943" kodlu işlem satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2463	P700943	Perikütan mirat kapak onarımı	Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca faturalandırılır. Sistem seti ayrıca ödenir.	B	*	5.902,20
------	---------	-------------------------------	--	---	---	----------

c) Listede yer alan "P704210", "P704230" ve "P704233" SUT kodlu işlem satırları aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

2538	P704210	Acil hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine bakınız. Aynı gün yalnızca bir defa ve sadece yatarak tedavilerde faturalandırılır. P704230, P704233, 704230, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantre			387,85
------	---------	-------------------	--	--	--	--------

			hemodiyaliz solüsyonu (bazik ve asidik), Sağlık Bakanlığınca yayımlanan Diyaliz Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik gereğince yapılması zorunlu olan tetkikler ile kullanılan her türlü serum ve sıvıların arasında gelişen komplikasyonların tedavisinde kullanılan ilaçlar dahildir.	
2539	P704230	Hemodiyaliz	SUT'un 2.4.4.D-1 numaralı maddesine bakınız. P704210, P704233, 704210, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantr hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.	387,85

2542	P704233	Fv hemodiyalizi	SUT'un 2.4.4.D-1-1 numaralı maddesine bakınız. P704210, P704230, 704210, 704233 ile aynı gün faturalandırılmaz. A-V fistül iğnesi, A-V kan seti, diyalizör, serum, antikoagülan olarak kullanılan düşük molekül ağırlıklılar dahil her türlü heparin, konsantr hemodiyaliz solüsyonu ve her türlü serum dahildir.	387,85
------	---------	-----------------	---	--------

c) Listede yer alan "P704234" SUT kodlu işlem satırı yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 32-** Aynı Tebliğ eki "İlave Ücret Alınmayacak İşlemler Listesi (EK-2/G)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "600040" SUT kodlu işlem satırından önce gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

551120	Epidüroskopi nöroplastik-aderyomolizis
--------	--

b) Listede yer alan "601080" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

601100	Mandibula veya maksilladaki kistik oluşumlara küretaj
--------	---

c) Listede yer alan "608750" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

608840	Torakotomi, major, eksplorasyon ve biyopsi ile birlikte
608860	Torakotomi, sınırlı, akciğer veya plevra biyopsisi için

ç) Listede yer alan "609451" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

609460	Whipple operasyonu
--------	--------------------

d) Listede yer alan "610390" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

610400	Rektum tümöründe lokal terapötik işlemler
610410	Low anterior rezeksiyon
610411	Low anterior rezeksiyon, laparoskopik
611270	Hemipelvektomi, eksternal
611280	Hemipelvektomi, internal
614120	Sakrektomi, parsiyel
614130	Sakrektomi, total

e) Listede yer alan "615350" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

615351	Endoskopik ventrikül içi cerrahisi
--------	------------------------------------

f) Listede yer alan "615586" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

615600	Transsfenoidal hipofizektomi
615601	Endoskopik hipofiz cerrahisi

g) Listede yer alan "615810" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

615830	Spinal syringomyeli drenajı eksizyonu
--------	---------------------------------------

g) Listede yer alan "615850" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

615895	Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber epidural diskoplasti
615991	Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber epidural adezyolizis

h) Listede yer alan "619440" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

619470	Sistektomi, basit
--------	-------------------

i) Listede yer alan "620850" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

620951	Radikal parametrektomi
--------	------------------------

j) Listede yer alan "621410" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

703365	Intraoperatif nöromonitörizasyon
--------	----------------------------------

k) Listede yer alan "803191" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

P551120	Epidüroskopi nöroplastik-adezyonolizis
P560000	Palyatif bakım tedavisi

k) Listede yer alan "P609451" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

P609460	Whipple operasyonu
---------	--------------------

l) Listede yer alan "P615850" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

P615895	Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber epidural diskoplasti
P615991	Transsakral girişimle kamera eşliğinde lomber epidural adezyolizis

m) Listede yer alan "P621410" SUT kodlu işlem satırından sonra gelmek üzere aşağıdaki satır eklenmiştir.

P703365	Intraoperatif nöromonitörizasyon
---------	----------------------------------

**MADDE 33-** Aynı Tebliğ eki "Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/A)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "OR1145" SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kural ve/veya kriterinde yer alan "aort diseksiyon vakalarında" ibaresi "aort cerrahisi, kardiyak reoperasyonlar, çalışan kalpte yapılan kardiyak cerrahi işlemler veya kardiyak yaralanma vakalarında" şeklinde değiştirilmiştir.

b) Listede yer alan "OR2640" SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

OR2640	İNSİZYONEL KATETER SETİ (POMPA DAHİL)	(1) Aynı yatış döneminde en fazla bir adet faturalandırılabilir. (2) A grubu ameliyatlarda ve/veya büyük kemik ve büyük eklemlerin cerrahi tedavilerinde kullanılması halinde bedelli Kurumca karşılanır.	150,00
--------	---------------------------------------	--	--------

c) Listede yer alan "OR4145" SUT kodlu satır aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

OR4145	SIYANOAKRILAT İÇEREN ÜRÜNLER (CİLT KESİLERİ İÇİN)		35,00
--------	---	--	-------

d) Listede yer alan "OR4145" SUT kodlu tıbbi malzemenin sona gelmek üzere aşağıdaki SUT kodu, alan tanımı ve fiyatı eklenmiştir.

OR4146	SIYANOAKRILAT İÇEREN ÜRÜNLER (CERRAHİ ALANLAR İÇİN)		320,00
--------	---	--	--------

J) Listede yer alan "OR4680" SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kuralı ve/veya kriterleri, fiyatı ile beraber eklenmiştir.

OR4681	HİDROCERRAHİ DEBRİDMAN SİSTEMİ EL. ALETİ, TUM FORMLAR	1.750,00
	1) Dermatomiya ulaşılmayan yüz, boyun, el, ayak, perine ve eklem bölgelerini içeren derin ikinci derece yanıklarda, sadece yanık merkezlerinde ve vaka başına en fazla bir adet kullanılmış durumda Kurumca bedeli karşılır.	

**MADDE 34-** Aynı Tebliğ eki "Diğer Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-3)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

- a) Listede yer alan "DO1016" SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kuralı ve/veya kriterlerinin birinci fıkrasının (b) bendi yürürlükten kaldırılmıştır.
- b) Listede yer alan "DO1070" SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kuralı ve/veya kriterlerinin birinci fıkrası aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(1) Silikon tabaka ölçüsü, silikon tabakanın kullanıldığı bölgenin başı gıyisinin ölçüsünden büyük olamaz."

**MADDE 35-** Aynı Tebliğ eki "Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi (EK-3/C-4)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

- a) Listede yer alan "İŞİTSEL İMPLANTLAR SARF MALZEMELERİ" başlığı altında yer alan ödeme kuralı ve/veya kriterlerinin birinci, üçüncü ve dördüncü maddeleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(1) İşitsel implantın uygulanması sonrasında ilk 2 (iki) yıl süresince sarf malzemelerin temini için sağlık raporları cerrahi işlemin yapıldığı sağlık kurumunca düzenlenecektir. 2 (iki) yıl sonundaki sarf malzemelerin temini için düzenlenecek sağlık raporlarının cerrahi işlemin yapıldığı sağlık kurumunca düzenlenmesine gerek bulunmamaktadır."

"(3) Tamininin mümkün olmadığı, işitisel implant üretici firması veya üretici firma tarafından ülkemizde yetkili teknik servis olarak belirlenen firmalar tarafından düzenlenen teknik rapor ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen sağlık kuru lu raporu ile belgelendirilen konuşma işlevicileri (diğer sarf malzemeler hariç) Kurum taşra teşkilatına teslim edilecektir. Ancak, müt süresi sonunda yapılan yenileme işlemlerinde işlevicinin teslim edilmesine gerek bulunmamaktadır."

"(4) 1/12/2016 tarihinden önce yapılmış olan işitisel implantlara ait işlem bedellerini, uygulamanın yapıldığı tarihte işlemin Kurumumuz ödeme kapsamında olmaması veya ödeme kapsamında olsa dahi ödeme kuralı/kriterlerine uymaması nedeniyle kendi imkanlarıyla karşılaya n kişilerin verilerinin sistemde görüntülenememesi halinde sarf malzeme bedellerinin karşılanabilmesi için; Kurumun ilgili birimlerine başvurularak bu birimlerce bahse konu işlemin kayıt altına alınması gerekmektedir. Kurumun ilgili birimi, firmanın sözleşmesinin yürürlüğünden sorumlu olan Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri veya Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezleridir."

b) Listede yer alan "A10101" SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kuralı ve kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(1) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarında görevli kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimini raporuna istinaden; her bir koklear implant için günde en fazla 1 (bir) adet, kemiğe monte işitme cihazı için haftada en fazla 1 (bir) adet orta kulak implantı için ayda en fazla 6 (altı) adet ve beyin sapı implantı için günde en fazla 1 (bir) adet pil olmak üzere en fazla 1(bir)er yıllık miktarlarının bedeli Kurumca karşılır.

(2) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarında görevli kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimini raporuna istinaden; tek kullanımlık pilin yıllık bedelini aşmamak şartı ile yılda 1 adet şarj edilebilir pil bedeli Kurumca karşılır."

c) Listede yer alan "A10102" SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kuralı ve/veya kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(1) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarında görevli kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimini raporuna istinaden;

a) 0-5 yaş için yılda 5 (beş) adet.

b) 5-10 yaş için yılda 3 (üç) adet.

c) 10 yaş ve üzeri için yılda 2 (iki) adet.

olmak üzere, beyin sapı implantı veya her bir koklear implant için ara kablo (aktarıcıdan bağımsız) bedeli Kurumca karşılır."

ç) Listede yer alan "A10106" SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kuralı ve/veya kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"(1) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumlarında görevli kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimini raporuna istinaden; işitme cihazı başına haftada en fazla 2 (iki) adet işitme cihazı pili olmak üzere en fazla 1(bir) yıllık miktarının bedeli Kurumca karşılır."

d) Listede "VENTİLASYON, NEBÜLİZATÖR VE SOLUNUM CHAZI SARF MALZEMELERİ" başlıklı bölümün altında yer alan "A10072" SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kuralı ve/veya kriterleri aşağıdaki tıbbi malzeme alan tanımı, ödeme kuralı ve/veya kriteri ile birlikte eklenmiştir.

A10121	İNHALASYON İÇİN (HİPERTONİK SALİN %7 NaCl, %0.1 SODYUM BİYALÜRONAT) HİPERTONİK STERİL ÇÖZELTİ (5 ml)	5.15
	(1) Kistik fibrozis hastalarında; 6 yaş üstü çocuk hastalar için en az bir çocuk göğüs hastalıkları; 18 yaş üstü hastalarda ise en az bir göğüs hastalıkları uzmanının bulunduğu üçüncü basamak sağlık hizmet sunucularınca düzenlenen sağlık kuru lu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde günde en fazla 10 ml olmak üzere bedeli Kurumca karşılır.	

**MADDE 36-** Aynı Tebliğ eki "Kardiyooloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/H)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "KR1032" SUT kodlu tıbbi malzemenin sonra gelmek üzere aşağıdaki SUT kodu alan tanımıyla beraber eklenmiştir.

KR4002	KORONER SINÜS ELEKTRODU YERLEŞİMİ İÇİN KAJETER	400,00
--------	--	--------

b) Listede yer alan "KR1201" SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kuralı ve/veya kriterindeki "3. basamak Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde" ibaresi "3. basamak sağlık hizmeti sunucularında" şeklinde değiştirilmiştir.

c) Listede yer alan "KR2007" SUT kodlu tıbbi malzeme alan tanımı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

KR2007	SET, İNTRUDUSER, PERİFERİK, PEDIYATRİK, 4F VE ALTI	50,00
--------	--	-------

ç) Listede yer alan "KR2008" SUT kodlu tıbbi malzeme alan tanımı ve fiyatı ile birlikte yürürlükten kaldırılmıştır.

d) Listede yer alan "PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA MALZEMELERİ" başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

	PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA MALZEMELERİ (KARDİYAK KULLANIM İÇİN)	
--	---	--

e) Listede yer alan "EMBOİLİZAN, SIVI, ADHEZİV, AKRİLAT" başlığı ile "KR2043" SUT kodlu tıbbi malzeme alan tanımı ve fiyatı ile birlikte yürürlükten kaldırılmıştır.

**MADDE 37-** Aynı Tebliğ eki "Kalp Damar Cerrahisi Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/D)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "EMBOİLİZAN, SIVI, ADHEZİV, AKRİLAT" başlığı ile "KV1322" SUT kodlu tıbbi malzeme alan tanımı ve fiyatı ile birlikte yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan "KV2000" SUT kodlu tıbbi malzemenin ödeme kuralı ve/veya kriterindeki "3. basamak Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde" ibaresi "3. basamak sağlık hizmeti sunucularında" şeklinde değiştirilmiştir.

c) Listede yer alan "PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA MALZEMELERİ" başlığı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

	PARAVALVÜLER LEAK (SIZINTI) KAPAMA MALZEMELERİ (KARDİYAK KULLANIM İÇİN)	
--	---	--

**MADDE 38-** Aynı Tebliğ eki "Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/M)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "EMBOİLİZAN, SIVI, ADHEZİV, AKRİLAT" başlığı ile "GR1116" SUT kodlu tıbbi malzeme alan tanımı ve fiyatı ile birlikte yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan "GR2027" SUT kodlu tıbbi malzeme alan tanımı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

GR2027	SET, İNTRUDUSER, PEDIYATRİK, 4F VE ALTI	50,00
--------	---	-------

c) Listede yer alan "GR2028" SUT kodlu tıbbi malzeme alan tanımı ve fiyatı ile birlikte yürürlükten kaldırılmıştır.

ç) Listede yer alan "ABLASYON, TÜMÖR" başlığının altındaki ödeme kuralı ve/veya kriterleri aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"1) Onkoloji, genel cerrahi, girişimsel radyoloji, gastroenteroloji, üroloji, kulak burun boğaz hastalıkları ve perinatoloji uzmanlarından birinin uygulayıcı hekim olması koşulu ile sadece 3. basamak sağlık hizmeti sunucularında ve yalnızca solid organ tümörlerinde kullanılması halinde;

a) Onkoloji, genel cerrahi, girişimsel radyoloji, gastroenteroloji, üroloji ve kulak burun boğaz hastalıkları uzmanlarından birinin uygulayıcı olması durumunda bu branşlardan iki tane uzman hekimin yer aldığı üç hekim raporu ile,

b) Perinatoloji uzmanının uygulayıcı olması durumunda 2 perinatolog, 1 yeni doğan uzmanının yer aldığı üç hekim raporu ile,

bedeli Kurumca karşılanır.

2) Aynı seansta sadece bir adet kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır."

**MADDE 39-** Aynı Tebliğ eki "Hematoloji-Onkoloji Branşına Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/O)" nde yer alan "HO1014" SUT kodlu tıbbi malzemenin alan tanımına "(+50 işlem)" ibaresinden sonra gelmek üzere "(2 kolon dahildir)" ibaresi eklenmiştir.

**MADDE 40-** Aynı Tebliğ eki:

a) "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)",

b) "Hastalığa Özel (Doğuştan Metabolik Hastalıklar, Kistik Fibrozis ve İnek Sütü Alerjisi) Diyet Ürünleri ile Tıbbi Mamalar Listesi (EK-4/B)",

c) "Yurt dışı İlaç Fiyat Listesi (EK-4/C)",

ekteki şekilde değiştirilmiştir.

**MADDE 41-** Aynı Tebliğ eki "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi (EK-4/D)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "7.2.1" numaralı maddeye aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

"7.2.1.5. Linezolid\* (EK-4/G 4.1. maddesinde yer alan koşullarda E 10.6, E 11.6, E 13.6 ve E 14.6 kodlarında muafır.)"

b) Listede yer alan "12.2" numaralı maddeyle aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

"12.2.3. Adalimumab\*"

e) Listede yer alan "15.4.1.6." numaralı alt madde aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"15.4.1.6. Ketojenik tıbbi mama (E74.0 da tanımlanan hastalıklardan kalp ve/veya kas tutulumu olanlarda veya E74.4 de tanımlanan hastalıklardan piruvat dehidrojenaz eksikliği olanlarda veya E74.9 da tanımlanan hastalıklardan sadece GLAT I eksikliği olan hastalarda ve SUT eki EK-4/F listesi 61 numaralı maddesinde yer alan ilaçlere göre)"

ç) Listede yer alan "15.4.1." numaralı maddeye aşağıdaki alt madde eklenmiştir.

"15.4.1.13. Alfa-1-Proteinaz inhibitörü, insan" (Sadece E88.0 (CJ) kodu kullanılarak alfa-1 antitripsin eksikliği tanısında muafır)"

**MADDE 42-** Aynı Tebliğ eki "Sistemik Antimikrobiik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/F)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "11-ANTİVİRAL İLAÇLAR" başlıklı kısmının "A) HIV/AIDS Tedavisinde Kullanılan Spesifik İlaçlar" başlıklı maddesinin 15 numaralı satırı aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

15	Dolutegravir	Enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince düzenlenecek sağlık raporuna istinaden enfeksiyon hastalıkları uzman hekimlerince, bunların bulunmadığı yerlerde reçetenin açıklama bölümünde bu durumun belirtilmesi koşuluyla il hastalıkları veya çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimlerince reçetelenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Yetişkinlerde 50 mg formu. HIV-1 ile enfekte ve integraz sınıfına dirençli olmayan hastalarda maksimum 1x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integraz sınıfına dirençli olmayan veya dirençli olduğundan klinik olarak şüphelenmeyen hastalarda; efavirenz, nevirapin, tipranavir/ritonavir veya rifampisin ile birlikte kullanıldığında dolutegravir maksimum 2x1 dozunda; HIV-1 ile enfekte ve integraz sınıfına dirençli olan hastalarda ise maksimum 2x1 dozunda kullanılır. 6 yaş üzerindeki, HIV ile enfekte ve integraz sınıfına dirençli olmayan çocuklar ve adolesanlarda; 15 ilâ 19 kilogram ağırlığı olan hastalarda günlük dolutegravir dozu 20 mg, 20 ilâ 29 kilogram ağırlığı olan hastalarda günlük dolutegravir dozu 25 mg, 30 ilâ 39 kilogram ağırlığı olan hastalarda günlük dolutegravir dozu 35 mg, 40 kilogram ve üzeri olan hastalarda günlük dolutegravir dozu 50 mg'dir. HIV ile enfekte ve integraz sınıfına dirençli olmayan veya dirençli olduğundan klinik olarak şüphelenmeyen hastalarda; efavirenz, nevirapin, tipranavir/ritonavir veya rifampisin ile birlikte kullanıldığında dolutegravir dozu, kilogram başlı günlük dozun 2 katı kadar uygulanır.
----	--------------	---

b) Listede yer alan "11-ANTİVİRAL İLAÇLAR" başlıklı kısmının "B) Diğer Antiviraller" başlıklı maddesine aşağıdaki satır eklenmiştir.

17	Sidofavir	Sağlık Bakanlığından hasta bazında alınacak endikasyon dışı onaya dayanılarak; en fazla 3 ay süreli enfeksiyon veya göz hastalıkları uzman hekim raporuna istinaden, enfeksiyon veya göz hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Endikasyon dışı onay tarihi ve süresi uzman hekim raporunda belirtilir.
----	-----------	--

c) Listede yer alan "13- DİĞERLERİ" başlıklı maddesine aşağıdaki satırlar eklenmiştir.

29	Doksilamin süksinat + Piridoksin hidroklorür	Yalnızca gebelerde mide bulantısı ve kusmanın tedavisi için kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.
30	Prednizon	Yalnızca yetişkinlerde, özellikle sabah tokluklarının eşlik ettiği orta ve şiddetli akut romatoid arıti tedavisinde romatoloji, fiziksel up ve rehabilitasyon, iç hastalıkları veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimlerince reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

**MADDE 43-** Aynı Tebliğ eki "Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) İle Verilebilecek İlaçlar Listesi (EK-4/F)" nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listenin 14 numaralı maddesinde yer alan "Pegfilgrastim" ibaresinden sonra gelmek üzere, "Lipefilgrastim" ibaresi eklenmiştir.

b) Listede yer alan 49 numaralı maddenin (b) bendi aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"b) Kronik İdiyopatik Ürtiker hastalarından daha önce en az 24 hafta süreyle antihistaminik tedavisi almış ancak yanıt alınmadığı olan hastalarda, üniversite ve eğitim-araştırma hastanelerinde dermatoloji ve/veya alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerinden en az birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden tedaviye başlanır. Rapor süresi 12 haftayı geçmez. İlk 12 haftalık omalizumab ile tedavi süresi sonunda yanıt alındığına raporda belirtilmesi koşuluyla hekim tarafından uygun görülen zaman dilimi sonrasında ikinci 12 hafta tedavi verilebilir. Tedavi süresi 24 haftaya tamamlanarak tedavi sonlandırılır. Her 6. doz uygulamasından sonra olmak üzere, hekimin belirleyeceği ara verme süresi sonunda nitik ortaya çıkması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla, tekrar antihistaminik tedavisi alma koşulu aranmaksızın 24 hafta süreli sağlık kurulu raporlarına

İstinaden tedavi tekrarlanabilir. Reçeteler, sağlık kurulu raporuna istinaden dermatoloji veya alerji ve/veya immünoloji uzman hekimlerince 4'er haftalık dozlarda düzenlenir."

e) Listenin 61 numaralı maddesinde yer alan "veya metabolizma hastalıkları" ibaresi "uzman hekimleri tarafından veya E74.0 da tanımlanan hastalıklardan kalp ve/veya kas tutulumu olanlarda veya E74.4 de tanımlanan hastalıklardan priyvat dehidrogenaz eksikliği olanlarda veya E74.9 da tanımlanan hastalıklardan sadece GLUT1 eksikliği olan hastalarda çocuk utatabolizma hastalıkları veya çocuk endokrin ve metabolizma uzman hekimleri" şeklinde değiştirilmiştir.

ç) Listeye aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

"73. Apiksuban: elektif kalça replasmanı operasyonu geçirmiş yetişkin hastalarda venöz tromboembolik olayların önlenmesinde, bu durumun bildirildiği ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerince düzenlenen rapora dayanılarak en fazla 1 kutu kullanımda halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

74. İnsan Alfa-1-Proteinaz inhibitörü; Konjenital alfa1-proteinaz inhibitörünün ciddi eksikliği olan, genetik tetkik ile homozigot PIZZ alleli olduğu gösterilen ve solunum fonksiyon testi sonucu FEV1 değeri %30'un üzerinde olan hastalara üç göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından düzenlenen 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak göğüs hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesinde halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

75. İkatibam yalnızca; 2 yaş ve üzerindeki hastaların C1 esteraz inhibitörü eksikliği veya C1 esteraz inhibitörü düzeyinin normal/yüksek olduğu durumlarda ise inhibitör fonksiyonunun düşüklüğü ile birlikte seyreden herediter anjiyoödem (HIAÖ) akut ataklarının tedavisinde, üçlüncü basamak sağlık kurumlarında düzenlenecek en az bir immünoloji, alerji veya immünoloji ve alerji hastalıkları uzmanının yer aldığı 1 yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak tüm uzman hekimlere reçete edilmesinde halinde bedelleri Kurumca karşılanır. Sağlık kurulu raporunda, C1 esteraz inhibitörü düzeyi/fonksiyonu değer olarak belirtilir."

**MADDE 44-** Aynı Tebliğ eki "Sadece Yatarak Tedavilerde Kullanımı Halinde Bedelleri Ödenecek İlaçlar Listesi (LK-4/G)" ne aşağıdaki maddeler eklenmiştir.

"66. Bivastadin yalnızca; heparin kaynaklı trombositopeni (HIT) veya heparin kaynaklı trombositopeni ve tromboz sendromu (HITS) olan perkütan koroner girişim uygulanan hastalarda kardiyoloji veya kalp ve damar cerrahisi uzmanları tarafından reçetelenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

67. Basiliximab

68. Sifosüvir

69. Obinutuzumab

70. Karfilizumab"

**MADDE 45-** Bu Tebliğin;

a) 29 uncu maddesi 29/6/2016 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

b) 27 nci maddesinin (a) bendi 9/9/2017 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

c) 20 nci maddesinin (b) bendi 1/4/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

ç) 30 uncu maddesinin (ç) bendi 18/5/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

d) 6 nci, 30 uncu maddesinin (b) ve (i) bentleri ile 32 nci maddesi 5/7/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

e) 27 nci maddesinin (b) bendi 18/9/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

f) 4 üncü, 30 uncu maddesinin (e) ve (f) bentleri ile 31 inci maddesinin (e) ve (ç) bentleri 1/10/2018 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

g) 11 ilâ 19 uncu, 20 nci maddesinin (a), (c), (ç), (d) bentleri, 21 ilâ 24 üncü, 26 nci, 28 inci ve 41 ilâ 44 üncü maddeleri yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

ğ) 40 nci maddesinde düzenlenen ekli listeler;

1) İlaç adında (\*\*\*) işareti bulunan ilaçlar 18/7/2014 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,

2) Fiyat değişiklik tarihi, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunan ilaçlar belirtilen tarihlerde,

3) Fiyat değişiklik tarihi, listeye giriş tarihi, aktiflenme tarihi veya pasiflenme tarihi bulunmayan ilaçlar yayımı tarihinde,

4) Listeye giriş tarihinde veya fiyat değişiklik tarihinde (\*) işareti bulunan ilaçlar ise yayımı tarihinden 5 iş günü sonra,

h) 1 inci, 2 nci, 7 nci, 8 inci maddesinin (a), (b), (c), (ç), (d), (f), (g) bentleri, 9 uncu, 10 uncu ve 33 ilâ 39 uncu maddeleri yayımı tarihinden 10 iş günü sonra,

ı) 25 inci maddesi yayımı tarihinden 30 gün sonra,

i) Diğer maddeleri yayımı tarihinde,

vürürlüğe girer.

**MADDE 46-** Bu Tebliğ hükümlerini Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı yürütür.



































































A17001	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A16991	5900538249484	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17002	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17003	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17004	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17005	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17006	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17007	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17008	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17009	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17010	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17011	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17012	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17013	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17014	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17015	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17016	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17017	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17018	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17019	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%
A17020	5900538249597	COUGH SMOKE 15 MG 20 FTB	TE57F	TR402F	23.25-242		JENBERK	20.19%	16.21%	6.0%	5.9%





A1989	R0999269174	DEMETHY 5 MG 25 TTD	E353A	23.65	2009	BENDEX	23.52%	23.52%	22.17%	2.32%	2.68
A1991	R0999269175	DEMEAZOL 13 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	22.4%	18.65%	0.8%	0.02%	
A48197	R0999270155	DEMEAZOL 13 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	22.4%	18.65%	0.8%	0.02%	
A48198	R0999270157	DEMEAZOL 13 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	22.4%	18.65%	0.8%	0.02%	
A19928	R0999270161	DEMETHY 5 MG 25 TTD	E353A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19929	R0999270162	DEMETHY 5 MG 25 TTD	E353A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A11280	R0999270165	DEMETHY 5 MG 25 TTD	E353A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19977	R0999270170	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A48199	R0999270171	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19978	R0999270172	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A11281	R0999270173	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A11282	R0999270174	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19979	R0999270175	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19980	R0999270176	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19981	R0999270177	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19982	R0999270178	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19983	R0999270179	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19984	R0999270180	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19985	R0999270181	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19986	R0999270182	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19987	R0999270183	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19988	R0999270184	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19989	R0999270185	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19990	R0999270186	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19991	R0999270187	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19992	R0999270188	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19993	R0999270189	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19994	R0999270190	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19995	R0999270191	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19996	R0999270192	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19997	R0999270193	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19998	R0999270194	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19999	R0999270195	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A20000	R0999270196	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A19999	R0999270197	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	
A20000	R0999270198	DEMOSE 50 MG 50 TTD	E444A			BENDEX	24.47%	15.71%	0.0%	0.0%	

































































AM171	19995606777	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM170	19995606780	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM169	19995606782	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM167	19995606783	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM171	19995606784	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM170	19995606785	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM169	19995606786	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM167	19995606787	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM171	19995606788	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM170	19995606789	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM169	19995606790	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM167	19995606791	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM171	19995606792	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM170	19995606793	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM169	19995606794	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM167	19995606795	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM171	19995606796	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM170	19995606797	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM169	19995606798	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%
AM167	19995606799	IZOTONIK SOUVLEN QI GRES 396 ML SOG. JACZ SETSIS TORMA	EJ29K							YEMAL YIL	400000	30.4%	10.5%	0.07%	0.3%

































413113	009038157039	EMPHALING 451 MG 25 SBR1 KAP	02520	29.09.2012	30.01.2011	JENERE	28.10%	18.50%	17.00%	0.00%
417790	009040450080	031 XASIN 15 MG 30 FTB	30436	11.05.2012	09.09.2010	JENERE	23.00%	13.00%	11.00%	1.00%
417501	009040450080	031 XASIN 5 MG 30 FTB	30434	11.05.2012	09.09.2010	JENERE	23.00%	13.00%	11.00%	1.00%
407111	009041150142	SKOREN 100 MG 15 MIKROPELET KAP	10284	04.04.2011	04.04.2011	JENERE	28.00%	18.25%	17.00%	0.00%
407495	009041491160	STAGE 100 MG 15 FTB	10284	22.05.2011	04.04.2011	JENERE	28.00%	18.25%	17.00%	27.50%
407474	009041491160	STAGE 500 MG 15 FTB	10284		03.07.2011	ORINDA	28.00%	18.25%	17.00%	0.00%
407469	009041491160	STAGE 100 MG 15 FTB	10284		20.07.2011	YRAM YIL	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407502	009050170238	SILPERAZON 100 MG 100 FTB	02920		03.09.2011	YRAM YIL	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407504	009050170238	SILPERAZON 500 MG 100 FTB	02920		03.09.2011	YRAM YIL	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407503	009050170238	SILPERAZON 100 MG 100 FTB	02920		31.08.2011	YRAM YIL	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407505	009050170238	STENSA 200 MG 15 FTB	02920		31.08.2011	YRAM YIL	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407502	009050170238	TADOLAR 200 MG 15 FTB	02920		31.08.2011	YRAM YIL	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407508	009050170238	YR. EFIN 10 MG 15 FTB	02920		30.08.2011	YRAM YIL	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407526	009090110329	YASAC 10 MG 30 KAP	02254		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407541	009090110329	PANJALICIN 100 MG 10 FTB (ASAS)	02254		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407541	009090110329	PANJALICIN 100 MG 10 FTB (ASAS)	02254		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407541	009090110329	TARDON 100 MG 10 FTB	02254		28.07.2011	JENERE	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407549	009090110329	TARDON 200 MG 10 FTB	02254		28.07.2011	JENERE	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407507	009090960670	TASSILAR 100 MG 10 FTB	02032		31.07.2011	ORINDA	21.00%	11.00%	10.00%	0.00%
407509	009092140025	YAZALIM 200 MG 15 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407508	009092140025	YAZALIM 500 MG 15 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407506	009092140025	TARDON 100 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407506	009092140025	TARDON 200 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407507	009092140025	TARDON 500 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407508	009092140025	TARDON 1000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407509	009092140025	TARDON 2000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407510	009092140025	TARDON 5000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407511	009092140025	TARDON 10000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407512	009092140025	TARDON 20000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407513	009092140025	TARDON 50000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407514	009092140025	TARDON 100000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407515	009092140025	TARDON 200000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407516	009092140025	TARDON 500000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407517	009092140025	TARDON 1000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407518	009092140025	TARDON 2000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407519	009092140025	TARDON 5000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407520	009092140025	TARDON 10000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407521	009092140025	TARDON 20000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407522	009092140025	TARDON 50000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407523	009092140025	TARDON 100000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407524	009092140025	TARDON 200000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407525	009092140025	TARDON 500000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407526	009092140025	TARDON 1000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407527	009092140025	TARDON 2000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407528	009092140025	TARDON 5000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407529	009092140025	TARDON 10000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407530	009092140025	TARDON 20000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407531	009092140025	TARDON 50000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407532	009092140025	TARDON 100000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407533	009092140025	TARDON 200000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407534	009092140025	TARDON 500000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407535	009092140025	TARDON 1000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407536	009092140025	TARDON 2000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407537	009092140025	TARDON 5000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407538	009092140025	TARDON 10000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407539	009092140025	TARDON 20000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407540	009092140025	TARDON 50000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407541	009092140025	TARDON 100000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407542	009092140025	TARDON 200000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407543	009092140025	TARDON 500000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407544	009092140025	TARDON 1000000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407545	009092140025	TARDON 2000000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407546	009092140025	TARDON 5000000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407547	009092140025	TARDON 10000000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407548	009092140025	TARDON 20000000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407549	009092140025	TARDON 50000000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%
407550	009092140025	TARDON 100000000000000000 MG 10 FTB	02014		31.07.2011	ORINDA	26.00%	16.00%	15.00%	0.00%











A11780	809084770311	MILITARY STORAGE EQUIP. CO. CRENS 5 AMP	EP95A	25.12.2018			YH04AYTL	3.110%	94.69%	31.33%	20.68%	28.63%
A1787	809085233001	MIDWEST 100 MG 5 AMP	Y333C	2.06.2016			YH08YH	20.530%	20.19%	12.13%	4.90%	4.97%
A1278	809082230070	MIDWEST 20 MG 5 AMP	E378B	2.06.2016			YH08YH	15.52%	21.13%	12.15%	4.90%	5.16%
A1548	809085233083	MIDWEST 40 MG 5 AMP	E378D	2.06.2016			YH08YH	15.52%	21.13%	12.15%	4.90%	5.16%
A1528	809082230060	MIDWEST 1 MG 5 AMP	E378A	2.06.2016			YH08YH	16.51%	20.16%	12.15%	3.04%	4.05%
A1458	80908739118	MIDWEST 15 MG 5 AMP	E378C	2.06.2016			YH08YH	16.17%	20.16%	12.15%	3.04%	4.05%
A1407	80908739114	MIDWEST 5 MG 5 AMP	E378E	2.06.2016			YH08YH	16.17%	20.16%	12.15%	3.04%	4.05%
A1717	809097992104	MIDWEST 300 MG 15 AMP	E378G	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1503	809087391010	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378F	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1524	809087391015	MIDWEST 20 MG 5 AMP	E378H	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1606	809081340111	MIDWEST 1.5 MG 5 FTB	E378I	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1408	809081340110	MIDWEST 3.5 MG 5 FTB	E378J	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1293	809087802105	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378K	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1497	809087802101	MIDWEST 50 MG 5 AMP	E378L	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1582	809087802106	MIDWEST 50 MG 5 AMP	E378M	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1523	809087802104	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378N	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1883	809073932040	MIDWEST 20 MG 5 FTB	E378O	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1211	809081340115	MIDWEST 30 MG 5 FTB	E378P	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1313	809085233078	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378Q	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1465	809085233074	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378R	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1511	809085233071	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378S	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1512	809085233072	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378T	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1515	809085233073	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378U	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1516	809085233075	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378V	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1517	809085233076	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378W	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1518	809085233077	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378X	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1519	809085233079	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378Y	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1520	809085233080	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378Z	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1521	809085233081	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AA	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1522	809085233082	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AB	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1523	809085233083	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AC	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1524	809085233084	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AD	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1525	809085233085	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AE	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1526	809085233086	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AF	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1527	809085233087	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AG	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1528	809085233088	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AH	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1529	809085233089	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AI	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1530	809085233090	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AJ	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1531	809085233091	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AK	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1532	809085233092	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AL	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1533	809085233093	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AM	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1534	809085233094	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AN	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1535	809085233095	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AO	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1536	809085233096	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AP	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1537	809085233097	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AQ	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1538	809085233098	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AR	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1539	809085233099	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AS	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%
A1540	809085233100	MIDWEST 100 MG 5 AMP	E378AT	1.10.2011			YH08YH	16.47%	19.94%	11.64%	3.69%	3.74%





































704030	3009997010014	BOVIMININ 15 GR OZ POSALA	2182A			YBRM1Y1L	50,00%	101,00%	20,00%	0,00%
411911	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2131A		17.01.2019	BFSG0K	39,45%	50,91%	3,07%	0,00%
411911	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132A		20.07.2014	YBRM1Y1L	40,01%	51,45%	4,00%	0,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132A			YBRM1Y1L	40,01%	51,45%	4,00%	0,00%
411960	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132C		3.03.2017	YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
411960	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132D		03.11.2017	YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
411960	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132E		03.11.2017	YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
411960	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132F		03.11.2017	YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132G			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132H			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132I			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132J			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132K			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132L			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132M			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132N			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132O			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132P			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132Q			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132R			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132S			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132T			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132U			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132V			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132W			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132X			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132Y			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%
400223	3009998010018	BUNHINDSIRI MERVILIN ENZYON KEM COZELTI	2132Z			YBRM1Y1L	41,01%	52,41%	4,00%	1,00%





















AK994	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F322B	TR401F		FRSBRK	18.43%	17.47%	2.04%	0.01%
AK941	60990079173	SARVASTAN FORT 10 MG 20 FT B	E252A	TR401F	17.01.2018	ENSHR	16.27%	18.21%	7.04%	0.04%
AK946	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	E252A	TR401F	15.11.2014	ENSHR	20.47%	18.21%	8.07%	0.01%
AK461	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		09.11.2013	ENSHR	20.47%	15.97%	4.04%	0.01%
AK952	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	E252C		01.12.2013	JBRZUR	20.47%	16.21%	4.04%	0.01%
AK998	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	E252C		06.12.2013	JBRZUR	20.47%	15.97%	4.04%	0.01%
AK999	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	E252C		15.10.2018	CORINA*	62.19%	15.97%	12.97%	22.97%
AK000	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	E252C		1.05.2018	YBRMAY YH	26.47%	8.26%	0.01%	0.01%
AK013	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	E252A		09.11.2018	JBRZUR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK144	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	E252A		08.12.2017	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK145	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	E252A		09.11.2017	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK174	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		09.11.2013	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK175	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK176	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK177	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK178	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK179	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK180	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK181	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK182	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK183	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK184	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK185	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK186	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK187	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK188	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK189	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK190	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK191	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK192	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK193	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK194	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK195	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK196	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK197	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK198	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK199	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%
AK200	60990079173	SARVASTAN 5X12 S MG 20 FT B	F455A		11.13.2012	ENSHR	16.69%	20.29%	14.97%	2.04%















































HASTALIGA ÖZEL (DOĞUŞTAN METABOLİK HASTALIK AK. KİŞİLER FİBRÖZİS VE İNEK SÜTÜ ALERJİSİ) DİYET İÇİMLERİ İLE TIBBİ MASALAR LİSTESİ (EK-08)

Kamu No	Güncel Barkod	İçin Adı	Fski Barkod	Edeğer (Bazur) Birim Grubu	Referans Fiyat Grubu	Listeye Giriş Tarihi	Alıştım Tarihi	Pasifitme Tarihi	Orijinal / Jenerik / Yirmi Yünlü	Depocuya Satış Fiyatı 14,02 TL ve üzeri ise	Depocuya Satış Fiyatı 9,51 TL (dahil) ile 14,01 TL (dahil) arasında ise	Depocuya Satış Fiyatı 4,87 TL (dahil) ile 9,50 TL (dahil) arasında ise	Depocuya Satış Fiyatı 4,86 TL ve altında ise	Özel İhtiyaç
A16279	8690632991597	ALİAMINO 400 G				11.07.2012			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A01111	8609745000233	BASIC CAD 400 GR MAMA							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A01132	8609745000292	BASIC CH 500 GR MAMA							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A01131	8609745000276	BASIC F 600 GR MAMA		E774A					TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A01134	8609745000219	BASIC P 400 GR MAMA							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16622	8609745015022	BASIC-F 500 GR		E774A		01.01.2018			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A09094	8712400727254	BEBELAC LF 400 GR							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A08916	8609745000057	BEHELAC PRETI JUNIÖK 450 GR							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A10193	86097869420026	COMIDA MSUD B 500 GR MAMA		E416A					TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A15877	86097869420017	COMIDA SAC A 500 GR MAMA		E417B			16.08.2018		TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A10194	86097869420043	COMIDA ÖAC B 500 GR MAMA		E417A					TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A09243	86097869420012	COMIDA PKL A 500 GR MAMA		E418A					TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A12667	8079469420173	COMIDA PKL A FORMULA 400 G		E358E		19.01.2012			TIBBİ MAMA	29,50%	29,50%	29,50%	20,00%	20,00%
A09244	86097869420029	COMIDA PKL B 500 GR MAMA		E358B					TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A11596	86097869420188	COMIDA PKL C 500 GR TOZ		E358D		8.11.2016			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A10844	86097869420189	COMIDA PKL C KAP (500 ADPTX 500 MG)		E358C					TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16992	86097869420093	COMIDAGEN 400 G				15.09.2018			TIBBİ MAMA	11,00%	11,29%	11,00%	0,00%	
A11145	86097869420197	DUSUK PROTEİNLİ DALIA LIKİT SC (200 ML/24 ADET)							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16758	86080836000101	EVOI VTA RP 1 400 G				1.04.2018			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16282	86080836000318	EVOI VTA RP 2 (400 G)				11.07.2019			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A01245	8609719600196	GA 2 500 GR MAMA							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A03248	8609745000264	GALACTOMIN 19 460 GR MAMA							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A13454	8609632760742	ICL1 EXPRESS 750 GR (30X25 GR) SASF				18.01.2013			TIBBİ MAMA	19,28%	19,28%	19,28%	9,64%	10,00%
A13335	8609632760750	ICL1 GEL 720 G SASF				26.01.2016			TIBBİ MAMA	26,43%	26,43%	26,43%	15,19%	17,00%
A03646	8609745000097	HOM 2 500 GR MAMA							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A14827	8609745010500	ICCTOCEL 300 G				6.09.2014			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A14804	8609745010517	KİTOCEL VANİL YA AROMALI 300 G		E090A		6.09.2014			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A04591	8609745000172	LEL 2 500 GR MAMA							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A04768	8609711400092	LP-DRINK 400 G							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A04756	8609711400019	LP-FERUTY PLAR 200 G							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A03244	8609745010682	MILUPA GA 1 500 G (GA 1 500 GR MAMA)	8609745000188			21.03.2018			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16738	8609745014739	MILUPA GA 2 PRIMA 500 G				21.03.2018			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16739	8609745014704	MILUPA HOM 2 PRIMA (500 G)				21.03.2018			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16280	8609745018955	MILUPA HOM 2 SECUNDA 500 G (HOM 2 SECUNDA 500 G)	8609745014650			11.07.2017			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A04587	8609745019103	MILUPA LEL 1 500 GR (LEL 1 500 GR MAMA)	8609745000162			21.03.2018			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16740	8609745014742	MILUPA LEL 2 PRIMA (500 G)				21.03.2018			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A03160	8609745019136	MILUPA MSUD 1 500 G (MSUD 1 500 GR MAMA)	8609745000042			21.07.2018			TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16741	8609745014681	MILUPA MSUD 2 PRIMA (500 G)							TIBBİ MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	

A16040	8699745018921	MILUPA MSUD 2 SECUNDA 500 G (MSUD 2 SECUNDA 500 G)	8699745014636	E416A	23.05.2017			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A05800	8699745019112	MILUPA OS 1 500 G (OS 1 500 GR MAMA)	8699745000060	E417B				TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16742	8699745014741	MILUPA OS 2 PRIMA 500 G			21.05.2018			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A10041	8699745018948	MILUPA OS 2 SECUNDA 500 G (OS 2 SECUNDA 500 G)	86997450014667	E417A	03.03.2017			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A06180	8699745019129	MILUPA PKU 1 500 G (PKU 1 500 GR)	8699711000465	E358A				TIBBI MAMA	23,36%	23,36%	23,36%	12,14%	14,10%
A09445	8699745019631	MILUPA PKU 2 PRIMA 500 G (PKU 2 PRIMA 500 GR)	8699745001278	E358B				TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A09446	8699745018900	MILUPA PKU 2 SECUNDA 500 GR	8699745001285	E358B				TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A13898	8699745018017	MILUPA PKU 1 ADVANTA (500 G) 1 KUTU 1 PKU 3 ADVANTA 500 G 1 KUTU 1	86997450014733	E358D	17.01.2017			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A08114	8699745019162	MILUPA TYR 1 500 G (TYR 1 500 GR MAMA)	8699745000103					TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16743	8699745014698	MILUPA TYR 2 PRIMA 500 G			31.09.2018			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16281	8699745018951	MILUPA TYR 2 SECUNDA 500 G			11.07.2017			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A08117	8699745019150	MILUPA UCD 1 450 G (UCD 1 450 GR MAMA)	8699745000127					TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16744	8699745014728	MILUPA UCD 2 PRIMA (500 G)			21.01.2018			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16745	8699745014674	MILUPA UCD 2 SECUNDA (500 G)			21.03.2018			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A09161	8699745000659	MSUD 2 500 GR MAMA		E415A				TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A14490	8699745010638	MSUD AS AMIX INFANT 400 G			28.02.2015			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A13711	8690632704005	MSUD EXPRESS 750 GR 30X25 GR SASE			6.08.2016			TIBBI MAMA	29,50%	29,50%	29,50%	18,26%	20,00%
A15360	8690632704797	MSUD GEL 720 G SASE			26.01.2012			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A19371	8699745001597	NEOCLATE 400 GR						TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A18769	8699745015114	NEOCLATE JUNIOR 400 GR		E780A	1.04.2018			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16770	8699745015107	NEOCLATE JUNIOR GELK AROMALI 400 GR		E780A	1.04.2018			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16771	8699745015121	NEOCLATE JUNIOR VANILYA AROMALI 400 GR		E780A	1.04.2018			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A25801	8699745000672	OS 2 500 GR MAMA		E417A				TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A26195	8699711000489	PKU 1 500 GR MAMA		E358D				TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A14777	8699745010621	PKU ANAMIX INFANT 400 G		E358E	1.09.2014			TIBBI MAMA	29,50%	29,50%	29,50%	18,26%	20,00%
A12507	8690632708010	PKU COOLER 10 KIRMIZI 5,4 KG (30X25 ML) POSET		E508A	5.04.2012			TIBBI MAMA	27,43%	27,43%	27,43%	16,21%	18,00%
A11150	8690632708027	PKU COOLER 15 PORTAKAL 4,4 KG (30X150 ML) POSET		E508A				TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A11151	8690632708173	PKU EXPRESS 750 G (30X25 G SASE)		E600D				TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A11507	8690632706681	PKU EXPRESS 750 GR LIMON (30X25 GR) SASE		E600B	7.08.2014			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A14628	8690632706698	PKU EXPRESS 750 GR PORTAKAL (30X25 GR) SASE		E600B	7.08.2014			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A14629	8690632706704	PKU EXPRESS 750 GR TRÖPFC (30X25 GR) SASE		E600B	7.08.2014			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16690	8699745014651	PKU LOPHELEX LQ 10 KIRMIZI NEYVELER (60X125 ML)		E358G	TR-027A	31.01.2018		TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16691	8699745014685	PKU LOPHELEX LQ 10 PORTAKAL (60X125 ML)		E358C	TR-027A	31.01.2018		TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16622	8699745014658	PKU LOPHELEX LQ 10 TRÖPFC NEYVELER (60X125 ML)		E358G	TR-027A	31.01.2018		TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16692	8699745014685	PKU LOPHELEX LQ 20 KIRMIZI NEYVELER (60X125 ML)		E358F	TR-027A	17.01.2017		TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A16900	8699745014490	PKU LOPHELEX LQ 20 TRÖPFC NEYVELER (60X125 ML)		E358F	TR-027A	17.01.2017		TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A13284	8699745004583	PKU LOPHELEX LQ ÇILIK AROMALI (30X125 ML)		E358F	TR-027A	04.08.2012		TIBBI MAMA	30,52%	30,52%	30,52%	19,38%	21,00%
A13215	8699745004590	PKU LOPHELEX LQ LIMON AROMALI (30X125 ML)		E358F	TR-027A	6.08.2012		TIBBI MAMA	30,52%	30,52%	30,52%	19,38%	21,00%
A13216	8699745004606	PKU LOPHELEX LQ PORTAKAL AROMALI (30X125 ML)		E358F	TR-027A	6.08.2012		TIBBI MAMA	30,52%	30,52%	30,52%	19,38%	21,00%
A06231	8699745000240	PREGOMIN AS 400 GR						TIBBI MAMA	28,47%	28,47%	28,47%	17,33%	19,00%
A13450	8690632012810	PROZERO 18X250 ML			18.04.2013			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A13697	8690632012803	PROZERO 6X1 L			18.04.2013			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A14989	8699548994869	SMILAC ALIMENTUM 400 G TOZ			28.02.2015			TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A08116	8699745000110	TYR 2 500 GR MAMA						TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A11153	8690632706780	TYR EXPRESS 750 GR 30X25 GR SASE						TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	
A08115	8699745000114	UCD 2 450 GR MAMA						TIBBI MAMA	9,06%	9,06%	9,06%	0,00%	

## YURTDIŞI İLAÇ FİYAT LİSTESİ (EK 4C)

BARKOD	İLACIN ADI	İTİPİN MADDE	KİTAPÇIK GRUBU	SATIŞ FİYATI	KURUMCA TERARİF DİĞER İLAÇLAR	FİYAT DEĞİŞİMLİK TARİHİ	LİSTEYE GİRİŞ TARİHİ
11111110650	ADRIASANT 100 MG 4 AMPUL	Faktiyol	1328A	26,00 TL			
11111110497	ADAGEN 250 C/MIL 4 FLK	Pegünirone borsine	1144A	10,800 TL			
11111110452	ADIMANTIN 40 MG 20 TABLET	Sulfonpirim	1166A	1,50 TL			14/07/2018
11111110453	ADINIA 500 MG 30 TABLET	Nitroimidazole	1251A	353,54 TL			
11111110452	ADIRAGONE 100 MG/50 500ML ORAL SOL	Cefixim	0111D	1,00 TL			
11111110442	ADIBETAN 500 MG/500 100 ML ORAL SOL	Denarone hydrochloride	0122C	100,00 TL			
11111110443	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML POWDER FOR ORAL SOLUTION	Amoxicillin Trihydrate	0660D	136,00 TL			
11111110452	ADIRAGONE 100 MG 3 AMPUL	Amoxicillin	0112A	201,00 TL			31/07/2018
11111110058	ADIRAGONE 5 MG 23 TABLET	Amoxicillin	0011A	2,80 TL			
11111110026	ADIRAGONE 500 MG 250 TABLET	Penicillin G Sodium	0005A	520,00 TL			
11111110444	ADIRAGONE 500 MG 250 TABLET 400 GRAMLI	Penicillin G Sodium	0008D	1,390,00 TL			
11111110079	ADIRAGONE 500 MG 1 TABLET	Sodium Cefixime trihydrate	1311A	1,350,00 TL			6/09/2018
11111110475	ADIRAGONE 500 MG 100 TABLETS	Amoxicillin Trihydrate	0244A	144,30 TL			
11111110121	ADIRAGONE 75 MG 4 AMPUL	Amoxicillin	0012A	250,00 TL			
11111110082	ADIRAGONE 2,5 G 5X250 ML ADDITION FOR INJECTION BOTTLE	Phenoxymethylpenicillin	0120D	271,50 TL			
11111110031	ADIRAGONE 500 MG 100 TABLET	Phenoxymethylpenicillin	0005A	62,44 TL			
11111110026	ADIRAGONE 500 MG 30 TABLET	Amoxicillin trihydrate	0113A	24,30 TL			
11111110032	ADIRAGONE 500 MG 250 TABLET	Ticlopidine	1164A	503,00 TL	**		
11111110004	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML TABLET	Amoxicillin	0003C	40,50 TL			
11111110040	ADIRAGONE 20 MG 4 AMP	Diclofenac	0022A	17,50 TL			
11111110070	ADIRAGONE 500 MG 250 TABLETS	Amoxicillin trihydrate	1304G	14,50 TL			
11111110043	ADIRAGONE 500 MG 250 TABLETS	Amoxicillin trihydrate	1304A	22,74 TL			
11111110085	ADIRAGONE 500 MG 250 TABLETS	Amoxicillin	0014C	41,30 TL			
11111110084	ADIRAGONE 500 MG 250 TABLETS	L-lysine dihydrochloride	0314D	3,50 TL			
11111110044	ADIRAGONE 2 MG 250 TABLET	Cefixime trihydrate	1177A	45,00 TL			
11111110025	ADIRAGONE 5 MG 250 TABLET	Triflurometoprolol	1170D	71,50 TL			
11111110047	ADIRAGONE 100 MG 3X5 ML FLK	Diazepam	1091A	861,70 TL			
11111110134	ADIRAGONE 100 MG 30 ML FLK/300	Diazepam	1091B	2,564,20 TL			
11111110033	ADIRAGONE 100 MG 100 TABLET	Fludokortizon	0371A	13,50 TL			
11111110089	ADIRAGONE 500 MG/500 2 ML 5 AMP	Lyophilized IgG	1237D	1,150,100 TL		18/05/2018	
11111110073	ADIRAGONE 500 MG/500 2 ML 5 AMP	Nelarabin	1097A	1,750,100 TL	**	21/11/18	
11111110080	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 2 AMPUL 5 AMPUL	Metoprolol	0620D	30,500 TL			01/10/2018
11111110161	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Metoprolol	0620A	408,00 TL			
11111110154	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Baclofen	0030B	402,20 TL			
11111110150	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Baclofen Calcium Chloride (HCl) Dajinh 1000 1131	1143F	225,20 TL			
11111110096	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Baclofen Calcium Chloride (HCl) Dajinh 1000 1131	1413A	103,50 TL			
11111110075	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Baclofen Calcium Chloride (HCl) Dajinh 1000 1131	0621A	17,25 TL			
11111110086	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Betaxolol	0072A	48,55 TL			
11111110084	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Benzocaine	0055A	5,00 TL			
11111110087	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Benzocaine	1142F	75,00 TL			
11111110107	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Benzocaine	1094D	415 TL			
11111110095	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Bonfenton	1465A	2,912,00 TL			
11111110126	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Marmetol	1323A	356,00 TL	**		
11111110136	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Yaniletamin	1441B	1,399,00 TL	**	28/08/2018	
11111110173	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Yaniletamin	1445A	3,843,00 TL	**	20/10/2018	
11111110104	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Cefprozil	0175A	22,71 TL			
11111110012	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Ticlopidine	1171B	80,55 TL			
11111110021	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Cacetic acid	0241A	6,444,00 TL			
11111110152	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Lyophilized streptococcus	1251H	359,00 TL			4/10/2018
11111110148	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Cacetic Acid	0141B	1,150,00 TL			
11111110188	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Cacetic Acid	0031A	800,00 TL			1/06/2018
11111110012	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Clopidin	1014A	1,100 TL			
11111110011	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Clopidin	1241B	97,75 TL			
11111110070	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Clopidin	1241C	97,50 TL			
11111110100	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Alprostadil	0062D	124,30 TL			
11111110102	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Alprostadil	1061D	28,00 TL			
11111110067	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Fenacetin	1100C	79,89 TL			
11111110103	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Fenacetin	1100B	530,00 TL			
11111110114	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Fenacetin	1065A	251,00 TL			18/11/2018
11111110160	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Polysorbate	0470B	79,00 TL			15/10/2018
11111110043	ADIRAGONE 100 MG/500 100 ML 2MG/50 ML 5 AMP 5 AMP	Procainol	1361A	1,031,00 TL			





11111100266	L-CITRULLINE 500 mg POWDER	L-Citrulline	1041 A	12,200,0		
11111100267	L-CITRULLINE 750 MG 90 TABLET	L-Citrulline	1041 A	12,200,0		
11111101195	L-CITRULLINE POWDER 200 GRAM	L-Citrulline	1011 A	20,900,0		
11111101217	LEMETRADA 120MG 2ML (100MG/ML) INJECTION	lemetrada	1552 A	6,750,000,0		
11111101049	LEO KINE 250 MG 5 AMP	Sargraincitin	1243 A	1,847,000,0		
11111100790	LEOXYLORXIME 100MG 1 AMP	Leoxyloxylin	1346 A	46,200,0		
11111100525	LEVALYNE 16 COZ	L-Choline	1011 A	20,900,0		
11111100596	LEDOXERIM 3 V. 1x3x PATCHES	Lidocaine	1011 A	233,000,0		27/04/2018
11111100228	LEFORSAL INTRAVENICAL 0.50 MG/ML 3 AMP	Baklofer	1021 A	12,700,0		
11111100356	LEFORSAL INTRAVENICAL 10 MG/20ML 1 AMP	Baklofer	1020 B	90,200,0		
11111100231	LEFORSAL INTRAVENICAL 20 MG/5ML 1 AMP	Baklofer	1020 B	90,200,0		
11111100234	LEFORSAL INTRAVENICAL 20 MG/5ML 1 AMP	Baklofer	1020 B	420,500,0		
11111101035	LEFORSAL ORAL SOLUTION 300 G	Levodopa	1021 A	26,500,0		
11111100782	LEFORSAL 100 MG 1 ML DOP 300 MG SOL	L-Dopa	1021 A	80,900,0		
11111100896	LE-GOLEL CHIA 2 G POWDER	L-Glutamine	1021 B	2,500,0		
111111005967	LE-LYSINE POWDER 316 COZ	L-Lysine	1045 A	25,800,0		
11111100372	LEONILIN 2.5 MG 100 TABLET	Levodopa	1113 A	28,900,0		
11111100352	LEONILIN 5 MG 100 TABLET	Levodopa	1113 C	5,440,0		
11111100246	LEONILIN 50 MG 100 TABLET	Levodopa	1076 A	12,500,0		
11111100246	LEONILIN 50 MG 100 TABLET	Levodopa	1076 B	53,500,0		
11111100245	LEONILIN 50 MG 100 TABLET	Levodopa	1113 A	27,800,0		
11111100552	LEONILIN 50 MG 100 TABLET	L-Serine	1273 A	25,300,0		
11111100552	LEONILIN 50 MG 100 TABLET	Levodopa	1346 B	278,500,0		
11111100156	LEONILIN 50 MG 100 TABLET	Levodopa	1346 B	39,500,0		
11111100156	LEONILIN 50 MG 100 TABLET	Levodopa	1346 B	80,900,0		
11111100275	LEOXYLORXIME 100 MG CAPSULES	Levodopa	1112 A	400,900,0	**	
11111100284	LEOXYLORXIME 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1020 B	97,500,0		
11111100291	LEOXYLORXIME 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1134 A	21,250,0		
11111100408	LEOXYLORXIME 100 MG 100 TABLET	Medium Chain (Caprylic/Capric) Triglyceride oil	1104B	12,400,0		
11111100409	LEOXYLORXIME 100 MG 100 TABLET	Medium Chain (Caprylic/Capric) Triglyceride oil	1104B	20,900,0		
11111100409	LEOXYLORXIME 100 MG 100 TABLET	Medium Chain (Caprylic/Capric) Triglyceride oil	1104A	25,300,0		
11111100409	LEOXYLORXIME 100 MG 100 TABLET	Medium Chain (Caprylic/Capric) Triglyceride oil	1104A	60,600,0	**	31/10/2018
11111100409	LEOXYLORXIME 100 MG 100 TABLET	Medium Chain (Caprylic/Capric) Triglyceride oil	1104A	89,000,0	**	19/10/2018
11111100409	LEOXYLORXIME 100 MG 100 TABLET	Medium Chain (Caprylic/Capric) Triglyceride oil	1104A	2,840,000,0	**	
11111100409	LEOXYLORXIME 100 MG 100 TABLET	Medium Chain (Caprylic/Capric) Triglyceride oil	1104A	12,000,0		
11111100409	LEOXYLORXIME 100 MG 100 TABLET	Medium Chain (Caprylic/Capric) Triglyceride oil	1104A	20,215,0		
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1119 A	26,240,0		
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1119 C	53,140,0		
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1108 A	13,700,0		
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1108 B	12,410,0		
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1102 A	508,200,0		
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1102 A	234,000,0		
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1245 A	78,000,0		3/07/2018
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1322 A	77,000,0		16/10/2018
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1119 C	45,990,0		
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1412 C	8,940,0		
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1492 A	41,250,0		
11111100342	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1113 A	128,000,0		
11111100276	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1119 C	28,000,0		
11111100439	LEVALYNE 160 MG 100 TABLET	Levodopa	1346 B	47,300,0		11/29/2018
11111100682	LEVODOPA 100 MG POWDER FOR ORAL SOLUTION 500 G 500 SACCHARIN	Levodopa	2725 A	10,500,0		
11111100799	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	2342 A	91,200,0	**	13/11/2018
11111100799	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	2342 A	187,500,0	**	
11111100562	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1504 B	3,950,000,0		
111111010165	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1472 B	25,240,0		4/10/2018
11111100791	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	2056 A	5,600,000,0		
11111100679	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1021 A	10,680,0		
11111100679	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1020 B	92,000,0		
11111100679	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1119 C	440,000,0		
11111100581	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1009 A	1,414,0		
11111100566	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1109 A	1,490,000,0		
11111100566	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1413 A	16,500,0		
11111100566	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1306 B	2,38,000,0		
11111100506	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1416 A	56,300,0	**	
11111100593	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1144 A	260,000,0		
11111100522	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1101 B	10,000,0		
11111100639	LEVODOPA 100 MG 100 TABLET	Levodopa	1259 B	270,000,0		30/11/2018



11111100178	STIMOL 1 G 30 TABLET	Cefalotin-L	1341B	1.82 €	
11111100181	STRONEX COL 3 MG 26 TABLET	Lerymetin	1695A	1.08,75 €	
11111100189	STRICRAID ORAL SOLUTION 2X118 ML**	Salicinacid	1332A	1.358,00 €	
11111100189	STRIFADIAZON 500 MG 100 TABLET	Sulfadiazine	1136A	32,45 €	
11111100194	SULFINPYRAZON 100 MG 8 TABLET	Sulfipirazone	1289A	56,00 €	
11111100195	SULINDAC 200 MG 100 TABLET	Sulindace	1157B	24,00 €	
11111100227	SYNACTHEN 0,25 MG 1 AMP	Tetracortacortide	1165A	8,00 €	
11111100225	SYPRINE 250 MG 100 TABLET	Tiludine didehydrochloride	1176A	8.530,00 €	
11111100183	TALOFOR 400 MG 112 TABLETS	Talofen	1637B	219,50 €	
11111100244	TAMOXIFEN 100 MG 100 TABLET	Tamoxifen	1189A	39,50 €	
11111100039	TAMURKIN 50 400,000	Tamoxifen	1124A	1.280,00 €	
11111100826	TALIGON 0,55 MG 100 CAPSULES	Tamur kel	1257A	31,50 €	
11111100681	TORADINA 100 MG 1 AMP	Tamogea	1168B	810,30 €	
111111001578	TETMODIS 25 MG 112 TABLETS	Tetmodis	1161A	10,00 €	**
111111001575	TETRAKABENZOL 25 MG 112 TABLETS	Tetrabenolone	1154A	56,00 €	**
111111001579	TETRAKABENZ 25 MG 112 TABLETS	Tetrabenolone	1162A	60,00 €	**
11111100830	TETAKIN 100 MG 200 TABLET	Tetamina (UL Vitarin)	1167C	5,75 €	
11111100823	TETULA 300 MG 300 TABLET	Tetogonin	1173A	29,50 €	16.10.2018
11111100878	THYMOLOGOLIN 25 MG 1 FLK.	Anti-leishish (Imezogolbin)	1275A	490,00 €	
11111100278	THYMOGOLIN 25 MG 2 AMP	Thymogolin Alfa	1163A	640,00 €	
111111001929	TORASSEMID 300 MG 100 TABLET	Toracetamide	1073A	30,50 €	
11111100125	TRANSARNA 200 MG 30 TABLETS	Atalant	1511B	15.907,00 €	**
11111100188	TRANSARNA 250 MG 30 TABLETS	Atalant	1511C	2.213,00 €	**
11111100126	TRANSARNA 250 MG 30 SACHETS	Atalant	1511A	4.422,00 €	**
11111100286	TRIGLISIL 200 500 MG 30 TABLETS	Tricostan	1305A	2.186,00 €	9.11.2018
11111100928	TRIENTIN 500 MG 100 TABLET	Trientin Hydrochlorid	1176B	5.522,00 €	
11111100166	TRIFENYLFENIDYL 300 64 TABLET	Trifenyloberilil hydrochloride	1177B	7,00 €	9.08.2018
11111100182	TRIFENYLFENIDYL 300 64 TABLET	Trifenyloberilil hydrochloride	1177H	6,74 €	
11111100220	TRIFT-0H 100 MG 20 CAPSULES	Trift-pab	1125A	14,12 €	
11111100640	TRIFT-0H 50 MG 30 CAPSULES	Trift-pab	1125B	12,60 €	
11111100099	TROBAJ 50 MG 8 TABLET	Rocephin	1454A	23,74 €	
11111100028	TS 1 20 MG 240 CAPSULES	Tofacitinib (Xeljanz) (oral suspension)	1463A	1.055,00 €	
11111100230	UBIFED 3 MG 50 TABLET	Ubinon	1423A	18,00 €	
11111100230	UCEDANE 300 MG 6 TABLET	Ucedane (oral)	1037A	2.130,00 €	2.08.2018
11111100478	UCORIC 40 MG 30 TABLET	Febuxostat	1116A	259,00 €	
11111100234	URALYT-L 200 G GRANUL	Uralytum Sodium Hydrogen Sulfat	1100A	14,20 €	
11111100482	VALISA-VALIN 75 (FOWDER)	Valin	1517B	7,80 €	
11111100210	VELETRI 83 MG 1 VIAL	Epipreston	1345A	62,52 €	**
11111100211	VELETRI 1,5 MG 1 VIAL	Epiprestionol	1577B	110,00 €	**
11111100142	VESEANDU 10 MG 100 AMP	Vesolan	1516A	290,00 €	
11111100164	VIMIZIM 5 MG 5 ML (1 MG/ML) VIAL	Vicodin (oral)	1512A	850,00 €	
11111100086	VIRAMUNE 90 MG 5 ML 200 ML SUSPENSION	Nevirapin	1482A	114,10 €	
11111100087	VITAMIN B2 10 MG 20 DRU	B2 Vitarin (Riboflavin)	1019B	3,90 €	
11111100097	VITAMIN B2 300 MG 30 TABLET	B2 Vitarin (Riboflavin)	1019D	11,30 €	
11111100028	VITAMIN B2 50 MG 100 TABLET	B2 Vitarin (Riboflavin)	1019E	8,00 €	
11111100592	VITAMIN D6 100 MG 100 TABLET	D6 Vitarin	1261C	7,51 €	
11111100118	VITAMIN D6 100 MG 200 AMPUL	Pyridoxine Hydrochloride	1010D	19,00 €	
11111100582	VUMOX 50 MG 1 AMP	Vumoxid	1420A	356,00 €	
11111100820	VUMOX 50 MG 10 AMP	Vumoxid	1363A	158,50 €	
11111100156	VINDAVEL 20 MG 30 CAPS.	Vindavil (at oxalimide)	1025A	1.625,00 €	
11111100260	WARFARIN 3 MG 26 TABLET	Warfarin	1540A	6,50 €	
11111100162	WEGAN IN 3AL TREKON 50 MG 30 TR	Wegantin (hydrochloride)	1456A	12,34 €	25.09.2018
11111100163	XALIPRINE 30 MG 60 ML ORAL SUSP	Xaliprinum	1253B	228,00 €	
11111100049	XENAZINE 25 MG 112 TABLET	Tetralolololol	1164A	125,00 €	
11111100034	ZASOASAR 1 G 1 FLK	Saraloxin	1155A	260,00 €	
11111100045	ZARONTIN 250 MG 300 200 MG 300 DRU	Fiboxycimide	1060B	110,50 €	16.10.2018
11111100582	ZINCHAD 250 MG 1 VIAL	Zinc (oral) (hydrochloride)	1214A	751,80 €	
11111100654	ZOLIDAR 100 MG 100 TABLET	Zolindar	1253A	9.290,00 €	
11111100186	ZONTEGRAN 25 MG 100 TABLET	Zontegrid	1180B	10,30 €	** 4.09.2018
11111100384	ZONTEGRAN 25 MG 28 TABLET	Zontegrid	1180B	50,00 €	** 4.09.2018
11111100182	ZYDELIG 150 MG 400 TABLETS	Lidoligil	1124B	1.601,00 €	

KURUMCA TEDARIK EDILEN İLAHLAR (\*) sütünü gösteren ilaçlar. Aşağıdaki GÜ-BELKİ Dİ-MEDİTA İYİ-SİM SİGMA SEVİM ÖZGEN & KÖKAL İLAHİMEDİN İZMİR ADLİMİLLİDİ.