



TIBBİ MALZEME GERİ ÖDEME KOŞULLARI LİSTESİ			
SIRA NO	SUT KODU	MALZEME ALAN TANIMI	LİSTE KODU
1	DO1001	VARİS ÇORABI (ÇİFT)	EK-3/C-3
* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. Yenileme süresi 6 aydır.			
2	DO1002	ANTIEMBOLİZM BASINÇ ÇORABI	EK-3/C-3
(C*) İlgili branştaki uzman hekimce düzenlenen Başhekim onaylı Rapor gerekmektedir. # Yenileme süresi 6 aydır.			
3	DO1003	ANTIEMBOLİZM BASINÇ MANŞONU	EK-3/C-3
(1) Antiembolizm basınç manşonu, derin ven trombozu profilaksisi, lenfödem, kronik venöz yetmezlik ve komplikasyonlarının tedavilerinde kullanılması halinde Kurumca bedeli karşılanır. (C*) İlgili branştaki uzman hekimce düzenlenen Başhekim onaylı Rapor gerekmektedir. # Yenileme süresi 6 aydır.			
4	DO1006	KONUŞMA CİHAZI	EK-3/C-3
(1) Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumları tarafından sağlık kurulu raporu ile belgelenmek kaydıyla konuşma cihazı bedelleri Kurumca karşılanır. (2) İlgililerin kusuru olmaksızın garanti süresi dışında cihazın arızalanması nedeniyle kullanılamaz hâle geldiğinin Kurumla sözleşmeli resmi sağlık kurumunca düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi ve Kurumca onarımının sağlanamaması hâlinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür. (C) İlgili branşta uzman hekimin bulunduğu Sağlık Kurulu Raporu gerekmektedir. # Yenileme süresi 5 yıldır. # Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
5	DO1007	EV TİPİ ASPİRATÖR	EK-3/C-3
# 1 defaya mahsus ödenir. # Tıbbi uygunluk aranacaktır.			



6	DO1008	NEBÜLİZATÖR	EK-3/C-3
<p>(1) Nebulizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kurulu raporlarının,</p> <p>a) Erişkin hastalar için; Göğüs Hastalıkları veya Alerji Hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kurulu tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.</p> <p>b) Çocuk hastalar için; Çocuk Alerjisi uzmanı veya Çocuk Göğüs Hastalıkları uzmanı, bu uzman hekimlerin bulunmadığı sağlık kurumlarında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlarından, en az birinin yer aldığı sağlık kurulları tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.</p> <p>(2) Sağlık kurulu raporu ekinde solunum fonksiyon testi (SFT) ve gerekiyorsa arteriyel kan gazı (AKG) sonuçlarını gösterir belge eklenecektir.</p> <p>(3) Kompresör tipi nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanacak olup ultrasonik nebulizerler bedelleri Kurumca karşılanmaz.</p> <p>(4) Erişkin hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak; inhaler preparatları ve inhaler preparatların kullanılmasına yardımcı aletleri (airchamber, spacer v.b.) kullanmadığı sağlık kurulu raporu ile belgelenen,</p> <p>a) Stabil kronik akciğer hastalığı olanlarda; <math>FEV1 \leq 40</math> ise AKG değerlerine bakılmaksızın, <math>FEV1 &gt; 40</math> ise; AKG'da <math>PaO2 \leq 55</math> mmhg veya <math>SaO2 \leq 88</math> olması.</p> <p>b) Persistan astımlı hastalarda; <math>FEV1</math> veya <math>PEFR \leq \%60</math> veya <math>FEV1</math> veya <math>PEFR \% 60-80</math> arasında olup günlük <math>PEFR</math> veya <math>FEV1</math> değişkenliği <math>\%30</math>'un üzerinde,</p> <p>c) Bronşiektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda; stabil dönemde <math>FEV1 \leq 40</math> olduğu sağlık kurulu raporunda belirtilmesi ve dayanağı belgelerin rapor ekinde yer alması koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>(5) Çocuk hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak;</p> <p>a) Persistan astımlı hastalarda; <math>FEV1</math> veya <math>PEFR \leq \%60</math> olan veya <math>FEV1</math> veya <math>PEFR \% 60-80</math> arasında olup günlük <math>PEFR</math> veya <math>FEV1</math> değişkenliği <math>\%30</math>'un üzerinde olması veya</p> <p>b) 14 (on dört) yaşın üstündeki hastalarda; <math>FEV1</math> veya <math>PEFR \leq 40</math> olması veya</p> <p>c) 6 (altı) yaşın altındaki hastalar ve 6 (altı) yaşın üstünde olup ek sorunu (örneğin nörolojik bir sorun) nedeniyle solunum fonksiyon testi yapılamayan hastalarda bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kurumca karşılanır.</p> <p>ç) Astımlı çocuklarda sadece ağır veya çok ağır (hayatı tehdit eden) astım krizlerinde kan gazı değişikliği olabilir. Astım krizinde olmayan persistan ağır astımı olan çocuklarda arteriyel kan gazı sonuçları, ister 6 yaş altı isterse 6 yaş üstü olsun nebulizer cihaz endikasyonu için aranmaz.</p> <p>(6) Solunum fonksiyon testi yapamayan ve kronik akciğer hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşiolitis obliterans tanılı hastalarda, interkostal adaleleri çalışmayan veya mental retarde (<math>IQ \leq 40</math>) olan nörolojik sorunlu hastalarda <math>PaO2 \leq 55</math> mmHg veya <math>SaO2 \leq 88</math> olması halinde bu durumun sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.</p> <p># 1 defaya mahsus ödenir.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			



## TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

7	DO1018	PULSE OKSİMETRE CİHAZI	EK-3/C-3
<p>(1) Pulse oksimetre cihazının bedeli, ev tipi invaziv mekanik ventilasyon cihazı kullanması gereken veya trakeostomili hastalarda kullanılması halinde Kurumca karşılanır. # 1 defaya mahsus ödenir. # Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			
8	DO1022	ENÜREZİS ALARM CİHAZI	EK-3/C-3
<p>(1) Primer monosemptomatik (gündüz idrar kaçırma şikâyeti olmayan) enürezis nokturnası olan 5 (beş) yaş üzeri hastalarda 1 (bir) defaya mahsus olmak üzere enürezis alarm cihaz bedeli Kurumca karşılanır. # 1 defaya mahsus ödenir.</p>			
9	OP1000	ALÜMİNYUM KOLTUK DEĞNEĞİ (ADET FİYATIDIR)	EK-3/C-2
<p>* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 2 yıldır.</p>			
10	OP1001	AYAK BİLEĞİ STABİLİZASYON ORTEZİ (HAVA, JEL VB. YASTIKLI)	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
11	OP1007	KALÇA ABDÜKSİYON ORTEZİ EKLEMSİZ YETİŞKİNLER İÇİN	EK-3/C-2
<p>* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 2 yıldır.</p>			
12	OP1011	CANADIAN (ALÜMİNYUM, ADEDİ)	EK-3/C-2
<p>* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 2 yıldır.</p>			
13	OP1014	YAN BARLI,DİZ ORTEZİ (SABİTLEYİCİ/EKLEMSİZ)	EK-3/C-2
<p>(A) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			
14	OP1016	DİZLİK YÜN	EK-3/C-2
<p>* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			



## TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

15	OP1017	DİZLİK NEOPREN (PATELLA AÇIK/KAPALI)	EK-3/C-2
(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.			
16	OP1023	ELASTİK AYAK BİLEKLİĞİ	EK-3/C-2
* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.			
17	OP1024	FLEKSİBLE BALENLİ ELASTİK AYAK BİLEKLİĞİ	EK-3/C-2
* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.			
18	OP1025	ELASTİK DİZLİK	EK-3/C-2
* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.			
19	OP1026	EPİN YASTIĞI	EK-3/C-2
* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.			
20	OP1027	FLEKSİBLE BALENLİ DİZLİK	EK-3/C-2
* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.			
21	OP1028	HALLUKS VALGUS ATELİ (ADEDİ)	EK-3/C-2
* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.			
22	OP1029	HALLUKS VALGUS MAKARASI (ADEDİ)	EK-3/C-2
* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.			
23	OP1031	KALÇA ABDÜKSİYON/DKÇ ORTEZLERİ	EK-3/C-2
(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.			
24	OP1032	KALKANEAL KAP	EK-3/C-2
* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.			



## TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

25	OP1048	EPİN TAKVİYESİ (ÇİFT)	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
26	OP1049	ARK TAKVİYELİ TABANLIK (ÇİFT)	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
27	OP1052	ORTOPEDİK BOT (ÇİFTİ)	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır. + Birlikte tabanlık fatura edilemez.</p>			
28	OP1053	KENDİNDEN AFO'LU BOT	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			
29	OP1054	PATELLAR TENDON BANDI	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
30	OP1074	TRİPOT (ALÜMİNYUM)	EK-3/C-2
<p>* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 2 yıldır.</p>			
31	OP1106	WALKER (ALÜMİNYUM)(HAREKETLİ-SABİT-TERS)	EK-3/C-2
<p>(E) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatri, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			
32	OP1108	WALKER (MODİFİYE; AKSİLLA DESTEKLİ, ÖNKOL DESTEKLİ, VS)	EK-3/C-2
<p>(E) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatri, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			



33	OP1111	İNCE EL BECERİLERİNİ DESTEKLEYEN TUTMA VE KAVRAMA APARATLARI DİNAMİK	EK-3/C-2
<p>(A) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 2 yıldır. + Bir yılda en fazla 6 farklı aparatın Kurumca bedeli karşılanır.</p>			
34	OP1112	İNCE EL BECERİLERİNİ DESTEKLEYEN TUTMA VE KAVRAMA APARATLARI STATİK	EK-3/C-2
<p>(A) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 2 yıldır. + Bir yılda en fazla 6 farklı aparatın Kurumca bedeli karşılanır.</p>			
35	OP1118	BAŞPARMAK BANDI	EK-3/C-2
<p>* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
36	OP1124	EL BİLEĞİ BALENLİ YÜN SPLİNT	EK-3/C-2
<p>* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
37	OP1125	ELASTİK DİRSEKLİK	EK-3/C-2
<p>* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
38	OP1126	EPIKONDİLİT BANDI	EK-3/C-2
<p>* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
39	OP1131	KLAVİKULA BANDAĞI-VALPAU BANDAĞI-KOL ASKISI-OMUZ ASKISI	EK-3/C-2
<p>* Hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporuyla verilir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
40	OP1135	OMUZ RETRAKSİYON HARNESİ	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			



## TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

41	OP1140	SARMİENTO ORTEZİ	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			
42	OP1142	STATİK DİRSEK SPLİNTİ	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
43	OP1144	STATİK EL-BİLEK SPLİNTİ	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
44	OP1147	STATİK EL SPLİNTİ	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
45	OP1149	STATİK PARMAC SPLİNTİ	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır. + Her parmak için bir adet Kurumca bedeli karşılır.</p>			
46	OP1151	STATİK EL-BİLEK-DİRSEK SPLİNTİ	EK-3/C-2
<p>(A*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 2 yıldır.</p>			
47	OP1268	DORSOLOMBER/TORAKOLOMBER ÇELİK/FLEKSİBLE BALENLİ KORSE	EK-3/C-2
<p>(B) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			
48	OP1275	SERVİKAL ORTEZ (SÜNGER) (COLLAR-BOYUNLUK)	EK-3/C-2
<p>(B*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			



49	OP1276	SERVİKAL ORTEZ (PLASTAZOT) (COLLAR-BOYUNLUK)	EK-3/C-2
<p>(B*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirurji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
50	OP1277	SERVİKAL ORTEZ (PHILADELPHIA)	EK-3/C-2
<p>(B*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirurji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
51	OP1280	GÖVDE KORSESİ ELASTİK (CERRAHİ SONRASI)	EK-3/C-2
<p>(C*) İlgili branştaki uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			
52	OP1282	HİPEREKSTANSİYON ORTEZ (JEWETT VB TLO)	EK-3/C-2
<p>(B) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirurji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			
53	OP1283	LUMBOSAKRAL FLEKSİBLE/ÇELİK BALENLİ KORSE	EK-3/C-2
<p>(B*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirurji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			
54	OP1285	LUMBOSAKRAL YÜN ELASTİK KORSE	EK-3/C-2
<p>(B*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirurji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			
55	OP1286	MİDE KORSESİ GENEL CERRAHİ	EK-3/C-2
<p>(C*) İlgili branştaki uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 6 aydır.</p>			



56	OP1287	MİNİNERVA ORTEZİ CTO	EK-3/C-2
<p>(B) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			
57	OP1342	STANDART MANUEL TEKERLEKLİ SANDALYE	EK-3/C-2
<p>(B) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır. # Tıbbi uygunluk aranacaktır. + Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya engellilik durumu olduğu ortopedi ve travmatoloji, beyin cerrahisi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nöroloji uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenenlere, bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p>			
58	OP1343	HAFİF MANUEL TEKERLEKLİ SANDALYE	EK-3/C-2
<p># Yenilenme süresi 5 yıldır. # Tıbbi uygunluk aranacaktır. + Alüminyum alaşımları/titanyum/karbon kompozitten üretilmiş 11-15 kg ağırlığına sahip, baş ve ayak desteği gibi aksesuarlar eklenebilen arka tekerlekleri çıkarılarak katlanabilen, iç ve dış mekanlarda kullanılabilen.</p>			
59	OP1344	PEDİATRİK TEKERLEKLİ SANDALYE	EK-3/C-2
<p># Yenilenme süresi 5 yıldır. # Tıbbi uygunluk aranacaktır. + Alüminyum alaşımları/titanyum/karbon kompozitten üretilen, oturma genişliği 26-38 cm seçilebilen, çocuk hastanın ihtiyaçlarına göre aksesuarlar eklenebilen, ağırlığı 9-12 kg arasında olan, okulda kullanılabilmesi için masa eklenebilen + Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya engellilik durumu olduğunun, ayrıca engellilik durumu nedeniyle hafif manuel tekerlekli sandalyeye gereksiniminin bulunduğu ve engellilik durumunun sürekli olduğunun, tekerlekli sandalyeyi hastanın kendisinin kullanabileceğinin, ortopedi ve travmatoloji veya beyin cerrahisi veya fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya nöroloji uzman hekimlerinden herhangi üç uzman hekimin (Aynı branştan üçünün veya farklı branştan birer kişinin veya bir branştan iki, diğer branştan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak sağlık kurumlarınca düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belgelendirilmesi ve bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p>			



60	OP1294	TEKERLEKLİ SANDALYE OTURMA ADAPTASYONU	EK-3/C-2
<p>(B*) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 3 yıldır. # Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			
61	OP1299	YÜZ BASKI MASKESİ ELASTİK	EK-3/C-2
<p>(C*) İlgili branştaki uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 2 yıldır.</p>			
62	OP1300	HAVALI YATAK	EK-3/C-2
<p>(E) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatri, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.</p>			
63	OP1301	HAVALI MİNDER	EK-3/C-2
<p>(B) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.</p>			
64	OP1341	GÖRME ENGELLİLER İÇİN TELESKOPIK VEYA KATLANABİLİR BASTON	EK-3/C-2
<p>(C*) İlgili branştaki uzman hekimince düzenlenen hastane başhekiminin imzasının bulunduğu uzman hekim raporu gerekmektedir. # Yenilenme süresi 1 yıldır.</p>			
65	A10000	ASPIRASYON KATETERİ	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
66	A10004	İDRAR TORBASI	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
67	A10005	İDRAR TORBASI MUSLUKLU 2000 CC.	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
68	A10006	İDRAR TORBASI STERİL MUSLUKLU 2000 CC.	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
69	A10007	İDRAR TORBASI 100 CC.ERKEK İÇİN STERİL	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
70	A10008	İDRAR TORBASI 100 CC.KIZ İÇİN STERİL	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
71	A10009	SONDA, PREZERVATİF	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			



72	A10022	ENTERAL BESLENME POMPA SETİ (TORBALI)	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
73	A10023	ENTERAL BESLENME POMPA SETİ (ŞİŞE KAPAKLI)	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
74	A10024	ENTERAL BESLENME SETİ GRAVİTY	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
75	A10031	ENJEKTÖR 50CC ( BESLENME AMAÇLI-GÜN AŞIRI 1 ADET)	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
76	A10036	KOLOSTOMİ TORBASİ (TEK PARÇALI ALTTAN BOŞALTMALI)(FİLTRE DAHİL)	EK-3/C-4
(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir. (2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. # Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
77	A10037	KOLOSTOMİ ADAPTÖRÜ	EK-3/C-4
(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir. (2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. # Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
78	A10038	KOLOSTOMİ TORBASİ (ADAPTÖR İÇİN) (FİLTRE DAHİL)	EK-3/C-4
(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir. (2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. # Tıbbi uygunluk aranacaktır.			



79	A10039	İLEOSTOMİ TORBASİ (TEK PARÇALI ALTTAN BOŞALTMALI) (FİLTRE DAHİL)	EK-3/C-4
<p>(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.</p> <p>(2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			
80	A10040	İLEOSTOMİ ADAPTÖRÜ	EK-3/C-4
<p>(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.</p> <p>(2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			
81	A10041	İLEOSTOMİ TORBASİ (ADAPTÖR İÇİN) (FİLTRE DAHİL)	EK-3/C-4
<p>(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.</p> <p>(2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			
82	A10042	MACUN, İLEOSTOMİ	EK-3/C-4
<p>(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.</p> <p>(2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			



83	A10043	PASTA, KOLOSTOMİ	EK-3/C-4
<p>(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.</p> <p>(2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			
84	A10044	ÜROSTOMİ TORBASI ÇEŞİTLERİ	EK-3/C-4
<p>(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.</p> <p>(2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			
85	A10045	ÜROSTOMİ ADAPTÖRÜ	EK-3/C-4
<p>(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.</p> <p>(2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			
86	A10046	PASTA, ÜROSTOMİ	EK-3/C-4
<p>(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.</p> <p>(2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			



87	A10047	STOMA CAP	EK-3/C-4
<p>(1) Kolostomi ve ürostomi torbası için uzman hekim raporu düzenlenecek olup raporda, teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve (2) inci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanım miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda açık olarak belirtilecektir.</p> <p>(2) Kolostomi, ürostomi torbası ve bu malzemelerle ilgili olarak adaptör ve pasta sağlık raporunda tedavi protokolü gereğince hekimce reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>(1) Sağlık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce en fazla 2 (iki) aylık dozlar halinde stoma kapağı reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılanır.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			
88	A10048	AĞIZ BAKIM SETİ (GÜNLÜK KULLANIM İÇİN)	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
89	A10049	HASTA ALT BEZİ/KÜLOTLU HASTA ALT BEZİ	EK-3/C-4
<p>(1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda idrar veya gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile) nedeni ile hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda, rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır.</p> <p>(2) Hasta alt bezi/külotlu hasta alt bezi bedellerinin karşılanmasında, Kurum TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz.</p> <p>(3) İdrar inkontinansı ve gaita inkontinansı olan hastalara hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi ve hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>(4) Sadece idrar inkontinansı olan hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi kullanan hastalara hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda fatura edilmesi halinde, hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda Kurumca bedeli karşılanmaz.</p> <p>(5) Sağlık raporunda; kolostomili hastalarda idrar inkontinansı, ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun belirtilmesi halinde hasta alt bezinin/ külotlu hasta alt bezinin Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p># Tıbbi uygunluk aranacaktır.</p>			
90	A10050	BAĞLANTI ADAPTÖRÜ, PERİTON DİALİZ, KATETERİ İÇİN, PLASTİK	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
91	A10051	BAĞLANTI ADAPTÖRÜ, PERİTON DİALİZ, KATETERİ İÇİN, TİTANYUM	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
92	A10052	SET, ARA BAĞLANTI, PERİTON DİALİZ KATETERİ İÇİN	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
93	A10053	PERİTON DİYALİZ MİNİ KAPAK	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			



## TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ

94	A10054	CYLER DRENAJ SETİ	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
95	A10055	HOMECHOİCE ALETLİ PD SETİ	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
96	A10056	HOMECHOİCE DÜŞÜK RESÜRKÜLASYON HACİMLİ APD SETİ	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
97	A10057	SLEEP-SAFE SET PLUS	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
98	A10058	PD-NIGHT VARIÖ PLUSSYSTEM WİTH PIN	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
99	A10059	SLEEP-SAFE SET PAED	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
100	A10060	AİR-WAY ORAL	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
101	A10061	SET, NEBULİZER, ERİŞKİN	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
102	A10064	İNHALASYON TEDAVİ ÇEMBERİ (AEROCHAMBER)	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
103	A10066	TRİFLU (SOLUNUM EGZERSİZ ALETİ)	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
104	A10073	MASKE, STANDART CPAP	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
105	A10074	SET CPAP (MASKE, PEEP VALVİ, SET)	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
106	A10075	MASKE, NAZAL BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN SİLİKON ESASLI	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
107	A10076	MASKE, NAZAL KÜÇÜK BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
108	A10077	MASKE, NAZAL ORTA BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
109	A10078	MASKE, HAZNESİZ NEBULİZER	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
110	A10079	MASKE, HAZNELİ PEDİATRİK	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			
111	A10080	MASKE, HAZNELİ -ERİŞKİN	EK-3/C-4
# Tibbi uygunluk aranacaktır.			



112	A10081	MASKE, ORA NAZAL BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN SİLİKON ESASLI	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
113	A10082	MASKE, ORA NAZAL KÜÇÜK BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
114	A10083	MASKE, ORA NAZAL ORTA BOY BAĞLAMA SETLİ, NONİNVAZİV VENTİLASYON İÇİN	EK-3/C-4
# Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
115	A10092	STERİL ELDİVEN (PUDRALI/PUDRASIZ)	EK-3/C-4
(1) Sağlık kurulu raporu ile tanıya uygun öngörülen malzeme adedi kadar steril eldiven bedeli kurumca karşılanır. # Tıbbi uygunluk aranacaktır.			
116	A10118	ÇOCUK HASTA ALT BEZİ/ ÇOCUK KÜLOTLU HASTA ALT BEZİ	EK-3/C-4
<p>1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda idrar veya gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile) nedeni ile (çocuklar için en az 2 (iki) yaşını tamamlamış olmak kaydı ile) çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda, rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır.</p> <p>(2) Çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi bedellerinin karşılanmasında, Kurum TİTUBB kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olma şartı aranmaz.</p> <p>(3) İdrar inkontinansı ve gaita inkontinansı olan hastalara çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi ve hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.</p> <p>(4) Sadece idrar inkontinansı olan çocuk hasta alt bezi/ çocuk külotlu hasta alt bezi kullanan hastalara hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda fatura edilmesi halinde, hidrofilik kendinden kayganlaştırıcı sonda Kurumca bedeli karşılanmaz.</p> <p>(5) Sağlık raporunda; kolostomili hastalarda idrar inkontinansı, ürostomili hastalarda gaita inkontinansı olduğunun belirtilmesi halinde çocuk hasta alt bezinin/ çocuk külotlu hasta alt bezinin Kurumca bedeli karşılanır.</p>			