

## TEBLİĞ

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığından:

## SAĞLIK HİZMETLERİ FİYATLANDIRMA KOMİSYONU KARARI

**Karar No: 2024/6**

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği oluşturulan Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu 04/06/2024 tarihinde toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

**MADDE 1-** “Ekulizumab” etkin maddeli “Soliris 300 mg/30 ml Konsantré İnfüzyon Çözeltisi (1 Flakon)” isimli ilacın Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) eki “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi (EK-4/A)”nda Kamu Kurum İskontosu oranının devamına, gerekli SUT düzenlemesinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

**MADDE 2-** “Ekulizumab” etkin maddeli “Elizaria 300 mg/ 30 ml İnfüzyonluk Çözelti Hazırlamak İçin Konsantré” isimli ilacın SUT eki EK-4/A Listesinde Kamu Kurum İskontosu oranının devamına oy birliği ile,

**MADDE 3-** “Palbosiklib” etkin maddeli “Reampla 75 mg Kapsül (21 Kapsül), Reampla 100 mg Kapsül (21 Kapsül), Reampla 125 mg Kapsül (21 Kapsül)” isimli ilaçların SUT eki EK-4/A Listesinde Kamu Kurum İskontosu oranının düzenlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 4-** “Glekaprevir, Pibrentasvir” etkin maddeli “Maviret 100 mg/40 mg 84 Film Kaplı Tablet” “Sofosbuvir, Ledipasvir” etkin maddeli “Harvoni 90 mg/400 mg 28 Film Kaplı Tablet” ve “Sofosbuvir, Velpatasvir, Voxilaprevir” etkin maddeli “Vosevi 400 mg/100 mg/100 mg Film Kaplı Tablet” isimli ilaçlar için SUT eki EK-4/A Listesinde Kamu Kurum İskontosu oranının devamına, gerekli SUT düzenlemesinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

**MADDE 5-** Ulusal Zehir Danışma Merkezi’nde bulundurulması gereken antidot listesinde bulunan, zehirlenmeler kullanılması nedeniyle mümkün olan en kısa sürede uygulanması gereken ve Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğüne tedarik edilerek Antidot Stok Merkezi hastanelerine gönderilmekte olan;

–“Digoksin İmmün Fab” etkin maddeli “Digifab 40 mg/flakon 1 vial/kutu” isimli antidotun 04.06.2024 tarihinden geçerli olmak üzere kutu/1 flakon fiyatının 29.239,77 TL olacak şekilde MEDULA sisteminde düzenleme yapılmasına,

–“Botulinus Polivalan (A-B-C-D-E-F-G)” etkin maddeli “B.A.T. 50 ml/şişe” isimli antidotun 04.06.2024 tarihinden geçerli olmak üzere kutu/1 flakon fiyatının 55.667,81 TL olacak şekilde MEDULA sisteminde düzenleme yapılmasına,

–“Metilen mavisi” etkin maddeli “Metilen Mavisi %1” isimli antidotun 04.06.2024 tarihinden geçerli olmak üzere kutu/1 flakon fiyatının 29,16 TL olacak şekilde MEDULA sisteminde düzenleme yapılmasına,

–“Etıl Alkol” etkin maddeli “Etıl Alkol %10” isimli antidotun 04.06.2024 tarihinden geçerli olmak üzere kutu/1 flakon fiyatının 18,39 TL olacak şekilde MEDULA sisteminde düzenleme yapılmasına,

–“Dimercaprol” etkin maddeli “Bal İn Oil (100 mg/ml, 3 ml 10 Ampul/Kutu)” isimli antidotun 04.06.2024 tarihinden geçerli olmak üzere kutu/1 flakon fiyatının 20.580,56 TL olacak şekilde MEDULA sisteminde düzenleme yapılmasına,

oy birliği ile,

**MADDE 6-** Protein metabolizması bozukluklarında (aminoasit metabolizması bozuklukları, üre siklus bozuklukları, organik asidemiler) ve Çölyak hastalığında; hastaların kısırlı diyetleri sebebi ile kullandıkları hayati öneme haiz özel formüllü un ve özel formüllü içeren mamul ürünler (makarna, şehriye, bisküvi, çikolata, gofret vb.) için aylık nakdi ödeme fiyatlarında %40 oranında artış yapılmasına, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

**MADDE 7-** Kseroderma Pigmentosum ve Albinizm (okülokütanöz) tedavisi gören hastaların güneşten koruyucu kremlerinin bedellerinin karşılanması için aylık nakdi ödeme fiyatlarında %40 oranında artış yapılmasına, gerekli SUT düzenlemelerinin Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğüne yapılmasına oy birliği ile,

**MADDE 8-** SUT eki “Birden Fazla Branşta Kullanılan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/A)” nde aşağıda bilgileri yer alan tıbbi malzemenin SUT kodu, alan tanımı ve fiyatı ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

|        |                                        |       |
|--------|----------------------------------------|-------|
| OR2120 | AĞIZ BAKIM SETİ (GÜNLÜK KULLANIM İÇİN) | 13,48 |
|--------|----------------------------------------|-------|

**MADDE 9-** SUT eki EK-3/A Listesinde aşağıda bilgileri yer alan tıbbi malzemenin SUT kodu, alan tanımı ve fiyatı ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

|        |                                                |       |
|--------|------------------------------------------------|-------|
| OR2130 | VÜCUT BAKIM SETİ (REANİMASYONDA HAFTADA 2 KEZ) | 70,74 |
|--------|------------------------------------------------|-------|

**MADDE 10-** 04.05.2024 tarihli ve 32536 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 06.03.2024 tarihli ve 2024/3 sayılı Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu Kararının 6 ncı maddesindeki SUT eki “Radyoloji Branşı ve Endovasküler/Nonvasküler Girişimsel İşlemlere Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/M)”nde “GR1042”, “GR1043”, “GR1044” ve “GR1045” SUT kodlarının açıklama bölümünde yer alan “(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmiş akut derin venöz tromboz varlığında (septomaların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) KVC uzmanı ile birlikte 1 (bir) radyoloji veya 1 (bir) kardiyojoloji uzmanı tarafından düzenlenmiş sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremité için birer (1) adedinin bedeli karşılır.” ibarelerinin “(1) Bir (1) yıldan fazla yaşam beklentisi olan hastalarda, tanısal görüntüleme yöntemleri ile objektif olarak tanımlanmış vena cava inferior veya ilio-femoral ven segmentlerini tutan ve rekanalizasyon gelişmemiş akut derin venöz tromboz varlığında (septomaların başlangıcı itibarıyla ilk 14 günde olmak kaydıyla), 2 (iki) radyoloji uzmanı ile birlikte 1 (bir) KVC uzmanı veya 1 (bir) kardiyojoloji uzmanının yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelenmesi halinde her ekstremité için birer (1) adedinin bedeli karşılır.” şeklinde düzenlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 11-** SUT eki “Omurga Cerrahisi Alan Grubuna Ait Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/E-1)’nde aşağıda bilgileri yer alan tıbbi malzemenin SUT kodu, alan tanımı ve fiyatı ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

|         |                                                           |        |
|---------|-----------------------------------------------------------|--------|
| 102.685 | SERVİKAL ANTERİÖR PLAK, TİTANYUM, PLAK-VİDA KİLİT APARATI | 173,25 |
|---------|-----------------------------------------------------------|--------|

**MADDE 12-** Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sağlık Bilimleri Üniversitesi arasında 12 Nisan 2017 tarihinde imzalanan "Kişiyi Özel Üç Boyutlu Tasarım ve Üretim Cihazlarının Teminine İlişkin Protokol" çerçevesinde üniversite bünyesinde faaliyetlerini sürdüren Gülhane Medikal Tasarım ve Üretim Uygulama ve Araştırma Merkezi (METÜM) tarafından öncelikle Gazilerin ve beraberinde tüm ihtiyaç sahiplerinin sert doku kayıplarına yönelik kişiyi özel olarak tasarlanan ve üç boyutlu baskılama yöntemiyle üretilen malzemelerin sözleşme fiyatlarının aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmesine oy birliği ile,

| UYGULAMA BÖLGESİ                              | MATERYAL                                                              | SÖZLEŞME KAPSAMINDA YENİ FİYAT(TL) |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Kraniyomaksillofasial Bölge (Mandibula Dahil) | Titanyum + Plastik, Abs (Akrilonitril Bütadien Strien) / Termoplastik | 304.032,38                         |
| Kraniyomaksillofasial Bölge (Mandibula Dahil) | Titanyum                                                              | 231.684,76                         |
| Kraniyomaksillofasial Bölge (Mandibula Dahil) | Plastik, Abs (Akrilonitril Bütadien Strien) / Termoplastik            | 150.758,61                         |
| Omurga                                        | Plastik, Abs (Akrilonitril Bütadien Strien) / Termoplastik            | 191.007,86                         |
| Pelvis                                        | Titanyum + Plastik, Abs (Akrilonitril Bütadien Strien) / Termoplastik | 488.155,43                         |
| Pelvis                                        | Titanyum                                                              | 391.862,29                         |
| Pelvis                                        | Plastik, Abs (Akrilonitril Bütadien Strien) / Termoplastik            | 153.165,66                         |
| Sternum ve/veya Kosta                         | Titanyum + Plastik, Abs (Akrilonitril Bütadien Strien) / Termoplastik | 659.781,63                         |
| Sternum ve/veya Kosta                         | Titanyum                                                              | 531.390,77                         |
| Sternum ve/veya Kosta                         | Plastik, Abs (Akrilonitril Bütadien Strien) / Termoplastik            | 202.184,52                         |
| Kesi Kılavuzu                                 | Titanyum / CoCr                                                       | 51.599,14                          |

**MADDE 13-** SUT eki “Eksternal Alt ve Üst Ekstremité Gövde Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-2)’nin Ek-1’de yer alan şekilde yeniden belirlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 14-** SUT eki “Diğer Protez Ortezler Listesi (EK-3/C-3)’nin Ek-2’de yer alan şekilde yeniden belirlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 15-** SUT eki “Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi (EK-3/C-4)’nin Ek-3’te yer alan şekilde yeniden belirlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 16-** SUT eki “Özel Hallerde Karşılanan Tıbbi Malzemeler Listesi (EK-3/C-5)’nin Ek-4’te yer alan şekilde yeniden belirlenmesine oy birliği ile,

**MADDE 17-** SUT eki EK-3/C-4 Listesinde aşağıda bilgileri yer alan tıbbi malzemenin SUT kodu, alan tanımı ve fiyatı ile birlikte listeden çıkarılmasına oy birliği ile,

|        |                                        |      |
|--------|----------------------------------------|------|
| A10048 | AĞIZ BAKIM SETİ (GÜNLÜK KULLANIM İÇİN) | 7,70 |
|--------|----------------------------------------|------|

**MADDE 18-** SUT eki “Hizmet Baş İşlem Puan Listesi (EK-2/B)’nı” nde;

a) “Ameliyathane ve Ameliyathane Dışı İşlem Tanımları” başlığı altında yer alan işlem gruplarına ilişkin birimlerin aşağıdaki şekilde değiştirilmesine oy birliği ile,

| İŞLEM KODU | İŞLEM ADI                                         | AÇIKLAMA       |
|------------|---------------------------------------------------|----------------|
|            | AMELİYATHANE ve AMELİYATHANE DIŞI İŞLEM TANIMLARI | Birim          |
|            | A1 grubu                                          | 32561 ve üzeri |
|            | A2 grubu                                          | 15401-32560    |

|  |                 |                   |
|--|-----------------|-------------------|
|  | <b>A3 grubu</b> | <b>7584-15400</b> |
|  | <b>B grubu</b>  | <b>5001-7583</b>  |
|  | <b>C grubu</b>  | <b>2501-5000</b>  |
|  | <b>D grubu</b>  | <b>943-2500</b>   |
|  | <b>E grubu</b>  | <b>0-942</b>      |

b) “Ameliyathane ve Ameliyathane Dışı Anestezi Uygulamaları” başlığı altında yer alan aşağıdaki işlemlerin “işlem adı” sütununda yer alan puanların aşağıdaki şekilde yeniden belirlenmesine oy birliği ile,

| <b>İŞLEM KODU</b> | <b>İŞLEM ADI</b>                                                                                                                                                                |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 550200            | Birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 32561 ve üzeri                                                         |
| 550210            | Birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 15401-32560                                                            |
| 550220            | Birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 7584-15400                                                             |
| 550230            | Birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 5001-7583                                                              |
| 550240            | Birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 2501-5000                                                              |
| 550250            | Birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 943-2500                                                               |
| 550260            | Birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 0-942                                                                  |
| 550339            | Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) hastalara birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 32561 ve üzeri |
| 550341            | Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) hastalara birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 15401-32560    |
| 550342            | Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) hastalara birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 7584-15400     |
| 550343            | Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) hastalara birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 5001-7583      |
| 550344            | Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) hastalara birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 2501-5000      |
| 550345            | Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) hastalara birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 943-2500       |
| 550346            | Yeni doğan/geriatrik (75 yaş üstü ve ASA 3-4) hastalara birden fazla ameliyatın veya ameliyathane dışı uygulamaların yapıldığı anestezipler. Toplam cerrahi puan 0-942          |

**MADDE 19-** Alınan kararlardan;

- 1- 1 ilâ 5 numaralı Kararların Karar tarihinde,
- 2- 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 17 ve 18 numaralı Kararların Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ’de belirtilen tarihte,
- 3- 10 numaralı Kararın 06.03.2024 tarihinden geçerli olmak üzere yayımı tarihinde,
- 4- 12 numaralı Kararın yayımı tarihinde, yürürlüğe girmesine,

Karar verilmiştir.

Ek:

- 1- Ek-1 Listesi
- 2- Ek-2 Listesi
- 3- Ek-3 Listesi
- 4- Ek-4 Listesi

## EKSTERNAL ALT VE ÜST EKSTREMİTE/GÖVDE PROTEZ ORTEZLER LİSTESİ (EK-3/C-2)

| EKSTERNAL ALT VE ÜST EKSTREMİTE/GÖVDE PROTEZ ORTEZLER LİSTESİ (EK-3/C-2) |                                                                             |                                                                                                                                                                                         |   |                |                  |                 |
|--------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|----------------|------------------|-----------------|
| SUT KODU                                                                 | TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI                                                   |                                                                                                                                                                                         |   | MIAT<br>SÜRESİ | ÖZEL<br>KOŞULLAR | SUT FİYATI (TL) |
|                                                                          | ALT EKSTREMİTE ORTEZLERİ                                                    |                                                                                                                                                                                         |   |                |                  |                 |
| OP1000                                                                   | ALÜMİNYUM KOLTUK DEĞNEĞİ                                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatri, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 1 yıl          | Adet fiyatıdır.  | 53,20           |
| OP1001                                                                   | AYAK BİLEĞİ STABİLİZASYON ORTEZİ (HAVA, JEL VB. YASTIKLI)                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | H | 6 ay           |                  | 308,00          |
| OP1534                                                                   | AYAK BİLEĞİ AYARLANABİLİR EKLEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 9 ay           |                  | 809,20          |
| OP1535                                                                   | AYAK BİLEĞİ AYARLANABİLİR EKLEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | H | 9 ay           |                  | 621,60          |
| OP1536                                                                   | DİZ EKLEMLİ AYARLANABİLİR EKLEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 9 ay           |                  | 809,20          |
| OP1004                                                                   | DİSTRAKSİYON SİSTEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ (ALT EKSTREMİTE)                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 2 yıl          |                  | 1.260,00        |
| OP1005                                                                   | KALÇA ABDÜKSİYON ORTEZİ EKLEMLİ (YETİŞKİNLER İÇİN)                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 18 ay          |                  | 1.016,40        |
| OP1006                                                                   | KALÇA ABDÜKSİYON ORTEZİ EKLEMSİZ (YETİŞKİNLER İÇİN)                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 18 ay          |                  | 809,20          |
| OP1537                                                                   | KALÇA ABDÜKSİYON ORTEZİ EKLEMSİZ (YETİŞKİNLER İÇİN)                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | H | 18 ay          |                  | 588,00          |
| OP1008                                                                   | BEL KEMERİ DEĞİŞİMİ                                                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl          |                  | 210,00          |
| OP1009                                                                   | BEL KEMERİ VE EKLEM DEĞİŞİMİ (FLEKSİYON-EKSTANSİYON, ABDÜKSİYON-ADDÜKSİYON) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl          |                  | 1.134,00        |
| OP1010                                                                   | BEL KEMERİ VE EKLEM DEĞİŞİMİ (FLEKSİYON-EKSTANSİYON)                        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl          |                  | 630,00          |
| OP1011                                                                   | CANADIAN (ALÜMİNYUM)                                                        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatri, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 2 yıl          | Adet fiyatıdır.  | 53,20           |
| OP1012                                                                   | YAN BARLI, AYARLANABİLİR EKLEMLİ DİZ ORTEZİ                                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | H | 1 yıl          |                  | 826,00          |

|        |                                                                       |                                                                                                                                                        |   |        |  |          |
|--------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|--|----------|
| OP1013 | YAN BARLI, EKLEMLİ DİZ ORTEZİ                                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl  |  | 840,00   |
| OP1014 | YAN BARLI, SABİTLEYİCİ/EKLEMSİZ DİZ ORTEZİ                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 1 yıl  |  | 313,60   |
| OP1015 | DENİS BROWNE ORTEZİ                                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 defa |  | 313,60   |
| OP1016 | DİZLİK YÜN                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay   |  | 28,00    |
| OP1017 | DİZLİK NEOPREN (PATELLA AÇIK/KAPALI)                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay   |  | 180,00   |
| OP1018 | DİZ KAFESİ (İSVEÇ)                                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl  |  | 1.050,00 |
| OP1019 | DİZLİK/T BANDI/ÇEKTİRME                                               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay   |  | 117,60   |
| OP1020 | DORSİ FLEKSÖR BANDI                                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay   |  | 210,00   |
| OP1021 | AYAK-AYAKKABI BAĞLANTILI DORSİ FLEKSİYON ORTEZİ (SOFT)                | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay   |  | 168,00   |
| OP1538 | AYAK-AYAKKABI BAĞLANTILI DORSİ FLEKSİYON ORTEZİ (SOFT)                | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay   |  | 126,00   |
| OP1022 | EKİNOVARUS ORTEZİ (AYARLANABİLİR)                                     | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay   |  | 372,40   |
| OP1023 | ELASTİK AYAK BİLEKLİĞİ                                                | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay   |  | 145,60   |
| OP1024 | ELASTİK AYAK BİLEKLİĞİ (MALLEOL/AŞİL DESTEKLİ VEYA FLEKSİBLE BALENLİ) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay   |  | 145,00   |
| OP1025 | ELASTİK DİZLİK                                                        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay   |  | 84,00    |

|        |                                                  |                                                                                                                                                        |   |       |                                                                                                         |          |
|--------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| OP1026 | EPİN YASTIĞI                                     | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |                                                                                                         | 33,60    |
| OP1027 | FLEKSİBLE BALENLİ DİZLİK                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |                                                                                                         | 168,00   |
| OP1028 | HALLUKS VALGUS ATELI                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  | Adet fiyatıdır.                                                                                         | 50,40    |
| OP1029 | HALLUKS VALGUS MAKARASI                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  | Adet fiyatıdır.                                                                                         | 8,40     |
| OP1539 | KALÇA ABDÜKSİYON/DKÇ ORTEZLERİ (RÜJT)            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                                                                         | 347,20   |
| OP1540 | KALÇA ABDÜKSİYON/DKÇ ORTEZLERİ (SOFT)            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                                                                         | 504,00   |
| OP1031 | KALÇA ABDÜKSİYON/DKÇ ORTEZLERİ (SOFT)            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |                                                                                                         | 378,00   |
| OP1032 | KALKANEAL KAP                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |                                                                                                         | 126,00   |
| OP1033 | KALKANEAL KAP                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                                                                         | 168,00   |
| OP1541 | KISA YÜRÜME ORTEZİ                               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | I | 2 yıl | Ortopedik bot/Deri sandalet fiyatı dahil değildir.                                                      | 327,60   |
| OP1038 | PATELLAR TENDONDAN YÜK TAŞIYICI                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | I | 1 yıl |                                                                                                         | 1.209,60 |
| OP1542 | KISA YÜRÜME ORTEZİ KLENZAK EKLEMLİ               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | I | 2 yıl | Ortopedik bot/Deri sandalet fiyatı dahil değildir.<br>18 yaşından küçükler Kurumca bedelli karşılanmaz. | 1.470,00 |
| OP1043 | KOMPLE DERİ DEĞİŞİMLİ ( UZUN YÜRÜME ORTEZİ İÇİN) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                                                                         | 414,40   |
| OP1044 | KISALIK DESTEKLERİ HER BİR CM İÇİN               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                                                                         | 42,00    |
| OP1048 | EPİN TAKVİYESİ                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  | Çift fiyatıdır.                                                                                         | 84,00    |

|        |                                                                                                 |                                                                                                                                                        |   |       |                                                                                                                                                                                                                                                            |        |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| OP1543 | EPİN TAKVİYESİ                                                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  | Çift fiyatıdır.                                                                                                                                                                                                                                            | 112,00 |
| OP1544 | TAKVİYELİ TABANLIK                                                                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  | Çift fiyatıdır.                                                                                                                                                                                                                                            | 168,00 |
| OP1049 | TAKVİYELİ TABANLIK                                                                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  | Çift fiyatıdır.                                                                                                                                                                                                                                            | 103,60 |
| OP1050 | ÜLSERASYONLU VE/VEYA DOKU KAYBINA BAĞLI DEFORMASYONLU AYAK İÇİN HASTAYA ÖZEL ÜRETİLMİŞ TABANLIK | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  | PES Planus, Pes Cavus, Calcaneal Varus/Valgus, Epin, Transvers Ark Düşüklüğü tanılarında görülmeleri halinde Kurumca bedeli karşılanmaz. Adet fiyatıdır.                                                                                                   | 336,00 |
| OP1051 | ORTOPEDİK BOT                                                                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  | Birlikte tabanlık fatura edilemez. 12 yaş ve altı hastalarda ayak deformasyonlarında veya yürürme cihazları ile birlikte, 13 yaş ve üzeri hastalarda ise yürürme cihazları ile birlikte reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır. Çift fiyatıdır. | 420,00 |
| OP1053 | KENDİNDEN AFO'LU BOT                                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl | Birlikte tabanlık fatura edilemez. Çift fiyatıdır.                                                                                                                                                                                                         | 504,00 |
| OP1054 | PATELLAR TENDON BANDI                                                                           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |                                                                                                                                                                                                                                                            | 105,00 |
| OP1055 | SOFT KAPLAMA (PLASTAZOT-PEE-LITE VB.KAPLAMA) (POLİETİLEN MOLD)                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                                                                                                                                                                                                                            | 145,60 |
| OP1056 | PLASTİK DİZ ORTEZİ (YÜKSEK YOĞUNLUKLU)                                                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 2 yıl |                                                                                                                                                                                                                                                            | 504,00 |
| OP1057 | PLASTİK DİZ ORTEZİ (DÜŞÜK YOĞUNLUKLU)                                                           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 2 yıl |                                                                                                                                                                                                                                                            | 397,60 |
| OP1058 | PLASTİK DİZ ORTEZİ (HARİCİ EKLEMLİ)                                                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 2 yıl |                                                                                                                                                                                                                                                            | 985,60 |
| OP1059 | PLASTİK DİZ ORTEZİ (KENDİNDEN EKLEMLİ)                                                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 2 yıl |                                                                                                                                                                                                                                                            | 789,60 |
| OP1060 | PLASTİK İSTİRAHAT MOLDU (PAFO)                                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                                                            | 462,00 |
| OP1061 | PLASTİK İSTİRAHAT MOLDU (PKAFO)                                                                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                                                            | 680,40 |

|        |                                                                            |                                                                                                                                                                                         |   |       |                                                                                                                                                                                                                          |          |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| OP1062 | YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MOLDU (SUPRA MALLEOLAR) (AFO/DAFO/SMAFO) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 462,00   |
| OP1063 | YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MOLDU (SUB MALLEOLAR)                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 462,00   |
| OP1064 | YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MOLDU (PAFO)                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 546,00   |
| OP1065 | YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MOLDU (KENDİNDEN EKLEMLİ) (PAFO)         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 680,40   |
| OP1066 | YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MOLDU (HARİCİ EKLEMLİ) (PAFO)            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 778,40   |
| OP1067 | YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MOLDU (HARİCİ ASİSTİF EKLEMLİ) (PAFO)    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 862,40   |
| OP1068 | YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MOLDU (FLEKSİYONU ENGELLEYEN) (GRAFO)    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                        | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 1.554,00 |
| OP1069 | YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK YÜRÜYÜŞ MOLDU (EKSTANSİYONU ENGELLEYEN) (GRAFO)  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                        | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 1.719,20 |
| OP1070 | YÜKSEK YOĞUNLUKLU PLASTİK KAFO (HARİCİ EKLEMLİ)                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 1.145,20 |
| OP1071 | POSTERİÖR SHELL                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 162,40   |
| OP1072 | DERİ SANDALET                                                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl | Yürüme cihazı ile birlikte reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. Ayrıca yürüme cihazı kullanan hastaların tamir bakım işlemlerinde 1 (bir) yılın sonunda reçete edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. | 523,60   |
| OP1073 | SCOTTİSH RİTE ORTEZİ                                                       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 1.318,80 |
| OP1074 | TRİPOT (ALÜMİNYUM)                                                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatri, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 2 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 156,80   |
| OP1075 | TWİSTER (ÇELİK YAYLI METAL BEL KEMERLİ)                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                        | I | 1 yıl |                                                                                                                                                                                                                          | 834,40   |
| OP1076 | TWİSTER (LASTİK VEYA ÖRGÜ KOLON)                                           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 6 ay  |                                                                                                                                                                                                                          | 179,20   |

|                          |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                 |   |        |                                                                    |          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|--------------------------------------------------------------------|----------|
| OP1077                   | UZUN YÜRÜME ORTEZİ MODİFİYE THOMAS (BEL KEMERLİ)                                                     | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                  | İ | 2 yıl  |                                                                    | 3.346,00 |
| OP1078                   | UZUN YÜRÜME ORTEZİ THOMAS                                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                  | İ | 2 yıl  |                                                                    | 1.898,40 |
| OP1545                   | UZUN YÜRÜME ORTEZİ MEKANİK EKLEMLİ (YETİŞKİN)                                                        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                  | İ | 2 yıl  | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir.         | 4.426,80 |
| OP1546                   | UZUN YÜRÜME ORTEZİ MEKANİK EKLEMLİ BEL KEMERLİ (YETİŞKİN)                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                  | İ | 2 yıl  | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir.         | 5.017,60 |
| OP1547                   | UZUN YÜRÜME ORTEZİ MEKANİK EKLEMLİ BEL KEMERLİ BİLATERAL (YETİŞKİN)                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                  | İ | 2 yıl  | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir.         | 9.002,00 |
| OP1548                   | UZUN YÜRÜME ORTEZİ MEKANİK EKLEMLİ (2-18 YAŞ ARASI HASTALAR İÇİN)                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                  | İ | 1 yıl  | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir.         | 3.099,60 |
| OP1549                   | UZUN YÜRÜME ORTEZİ MEKANİK EKLEMLİ BEL KEMERLİ (2-18 YAŞ ARASI HASTALAR İÇİN)                        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                  | İ | 1 yıl  | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir.         | 3.511,20 |
| OP1550                   | UZUN YÜRÜME ORTEZİ MEKANİK EKLEMLİ BEL KEMERLİ BİLATERAL (2-18 YAŞ ARASI HASTALAR İÇİN)              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                  | İ | 1 yıl  | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir.         | 6.300,00 |
| OP1551                   | UZUN YÜRÜME ORTEZİ MEKANİK EKLEMLİ (GÖVDE ORTEZİNE MONTELİ) (2-18 YAŞ ARASI HASTALAR İÇİN)           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                  | İ | 1 yıl  | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir.         | 4.460,40 |
| OP1552                   | UZUN YÜRÜME ORTEZİ MEKANİK EKLEMLİ BİLATERAL (GÖVDE ORTEZİNE MONTELİ) (2-18 YAŞ ARASI HASTALAR İÇİN) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                  | İ | 1 yıl  | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir.         | 8.097,60 |
| OP1105                   | WALKER (ALÜMİNYUM)(HAREKETLİ-SABİT-TERS)                                                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatri, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                         | İ | 1 yıl  |                                                                    | 268,80   |
| OP1106                   | WALKER (ALÜMİNYUM)(HAREKETLİ-SABİT-TERS)                                                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatri, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                         | H | 1 yıl  |                                                                    | 210,00   |
| OP1107                   | WALKER (MODİFİYE; AKSİLLA DESTEKLİ, ÖN KOL DESTEKLİ, VS)                                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatri, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                         | İ | 1 yıl  |                                                                    | 750,40   |
| OP1108                   | WALKER (MODİFİYE; AKSİLLA DESTEKLİ, ÖN KOL DESTEKLİ, VS)                                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatri, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                         | H | 1 yıl  |                                                                    | 579,60   |
| OP1109                   | X BAİN VEYA O BAİN ORTEZİ                                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | İ | 1 yıl  |                                                                    | 2.136,40 |
| OP1110                   | SARMİENTO YÜRÜYÜŞ ORTEZİ                                                                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | İ | 1 defa | Tekrar eden kırıklar için mlat süresine bakılmaz.                  | 420,00   |
| ÜST EKSTREMİTE ORTEZLERİ |                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                 |   |        |                                                                    |          |
| OP1111                   | İNCE EL BECERİLERİNİ DESTEKLEYEN TUTMA VE KAVRAMA APARATLARI DİNAMİK                                 | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 2 yıl  | Bir yılda en fazla 5 farklı aparatın Kurumca bedelli karşılığıdır. | 523,60   |

|        |                                                                     |                                                                                                                                                                                                                 |   |       |                                                               |          |
|--------|---------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---------------------------------------------------------------|----------|
| OP1112 | İNCE EL BECERİLERİNİ DESTEKLEYEN TUTMA VE KAVRAMA APARATLARI STATİK | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 2 yıl | Bir yılda en fazla 6 farklı aparatın Kurumca bedeli kargıdır. | 313,60   |
| OP1113 | KOL ABDÜKSİYON ORTEZİ STATİK-PELVİS DESTEKLİ (UÇAK ORTEZİ VS)       | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                               | 840,00   |
| OP1114 | KOL ABDÜKSİYON ORTEZİ STATİK-GÖVDE DESTEKLİ (UÇAK ORTEZİ VS)        | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                               | 690,00   |
| OP1115 | AYARLANABİLİR EKLEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ (ÜST EKSTREMİTE)            | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 9 ay  |                                                               | 1.111,60 |
| OP1116 | AYARLANABİLİR EKLEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ (ÜST EKSTREMİTE)            | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 9 ay  |                                                               | 1.260,00 |
| OP1117 | DİSTRAKSİYON SİSTEMLİ KONTRAKTÜR ORTEZİ (ÜST EKSTREMİTE)            | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 2 yıl |                                                               | 1.890,00 |
| OP1118 | BAŞPARMAK BANDI                                                     | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | H | 6 ay  |                                                               | 58,80    |
| OP1119 | BRAKİAL PLEKSUS YARALANMA ORTEZİ                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                   | I | 1 yıl |                                                               | 840,00   |
| OP1120 | DİNAMİK DİRSEK SPLİNTİ                                              | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                               | 1.470,00 |
| OP1121 | DİNAMİK EL-BİLEK SPLİNTİ                                            | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                               | 411,60   |
| OP1122 | DİNAMİK EL-BİLEK-PARMAK SPLİNTİ                                     | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                               | 523,60   |
| OP1123 | DİNAMİK PARMAK SPLİNTİ                                              | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                               | 210,00   |
| OP1125 | ELASTİK DİRSEKLİK                                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | H | 6 ay  |                                                               | 58,80    |
| OP1126 | EPİKONDİLİT BANDI                                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                   | H | 6 ay  |                                                               | 70,00    |
| OP1127 | İNHİBİTÖR EL-BİLEK SPLİNTİ                                          | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                               | 588,00   |

|        |                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                 |   |       |  |        |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--|--------|
| OP1128 | KISA OPPONENS SPLİNTİ                                                                 | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 269,20 |
| OP1129 | KISA OPPONENS SPLİNTİ LUMBRİCAL BARLI                                                 | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 319,20 |
| OP1130 | UZUN OPPONENS SPLİNTİ                                                                 | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 394,80 |
| OP1131 | KLAVİKULA BANDAJI-VALPAU BANDAJI-KOL ASKISI-OMUZ ASKISI                               | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | H | 6 ay  |  | 109,60 |
| OP1132 | FLEKSÖR TENDON KESİSİ SPLİNTİ                                                         | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 470,40 |
| OP1133 | EKSTANSÖR TENDON KESİSİ SPLİNTİ                                                       | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 470,40 |
| OP1134 | KOL ABDÜKSİYON ORTEZİ DİNAMİK                                                         | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 943,60 |
| OP1135 | OMUZ RETRAKSİYON HARNESİ                                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | H | 6 ay  |  | 273,00 |
| OP1136 | PARMAK KONTRAKTÜR ORTEZİ                                                              | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 252,00 |
| OP1137 | SOFT KAPLAMA (PLASTAZOT-PEE-LİTE VB., PLASTİK EL, EL-BİLEK, DİRSEK VE OMUZ ORTEZLERİ) | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | I | 6 ay  |  | 145,60 |
| OP1138 | POLİFORM ORTEZ (DİRSEK-EL-BİLEK)                                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | I | 6 ay  |  | 280,00 |
| OP1139 | SARMİENTO ORTEZİ                                                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | I | 1 yıl |  | 949,20 |
| OP1140 | SARMİENTO ORTEZİ                                                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | H | 1 yıl |  | 714,00 |
| OP1141 | STATİK DİRSEK SPLİNTİ                                                                 | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 347,20 |
| OP1142 | STATİK DİRSEK SPLİNTİ                                                                 | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |  | 252,00 |

|        |                                                                  |                                                                                                                                                                                                                 |   |       |                                                   |          |
|--------|------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---------------------------------------------------|----------|
| OP1143 | STATİK EL-BİLEK SPLİNTİ                                          | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                   | 229,60   |
| OP1144 | STATİK EL-BİLEK SPLİNTİ                                          | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |                                                   | 120,00   |
| OP1145 | STATİK EL-BİLEK PARMAK SPLİNTİ                                   | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                   | 229,60   |
| OP1146 | STATİK EL SPLİNTİ                                                | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                   | 162,40   |
| OP1147 | STATİK EL SPLİNTİ                                                | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |                                                   | 90,00    |
| OP1148 | STATİK PARMAK SPLİNTİ                                            | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  | Her parmak için bir adet Kurumca bedeli karşılır. | 86,80    |
| OP1149 | STATİK PARMAK SPLİNTİ                                            | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  | Her parmak için bir adet Kurumca bedeli karşılır. | 44,00    |
| OP1150 | STATİK EL-BİLEK-DİRSEK SPLİNTİ                                   | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                   | 680,40   |
| OP1152 | TENODEZİS SPLİNTİ STATİK                                         | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                   | 756,00   |
| OP1153 | TENODEZİS SPLİNTİ METAL                                          | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                   | 943,60   |
| OP1155 | ÖN KOL SUPINASYON/PRONASYON ORTEZİ DİNAMİK(DİRSEĞİ İÇİNE ALAN)   | Fizik tedavi ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, plastik ve rekonstrüktif cerrahi, nöroloji veya nörojiyürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                   | 800,80   |
|        | ALT EKSTREMİTE PROTEZLERİ                                        |                                                                                                                                                                                                                 |   |       |                                                   |          |
| OP1156 | AYAK BİLEĞİ EKLEMLİ DEĞİŞİMİ-KONVANSİYONEL AYAK                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | I | 3 yıl |                                                   | 1.276,80 |
| OP1157 | AYAK BİLEK BAĞLANTISI DEĞİŞİMİ-SACH,DİNAMİK AYAK                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | I | 3 yıl |                                                   | 515,20   |
| OP1158 | CHOPART/BOYD/PİROGOFF PROTEZİ (LAMINASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLMİŞ) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                                                | I | 4 yıl |                                                   | 5.776,40 |
| OP1159 | DİNAMİK/KONVANSİYONEL AYAK DEĞİŞİMİ                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                          | I | 3 yıl |                                                   | 2.192,40 |

|        |                                                                        |                                                                                                                                                        |   |        |                                                                                                                                                              |           |
|--------|------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| OP1160 | DİZ ALTI PROTEZİ-ERKEN AMELİYAT MASASINDA                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 1 defa | Bünyesinde protez-ortez ünitesi olan sağlık hizmeti sunucularında yapılması halinde bedelli Kuruma karşılanır.                                               | 4.040,40  |
| OP1161 | DİZ ALTI PROTEZİ-GEÇİCİ                                                | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 1 defa |                                                                                                                                                              | 4.256,00  |
| OP1162 | DİZ ALTI PROTEZİ (GEÇİCİ PROTEZ SONRASI UYGULANAN HASTALARDA)          | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl  |                                                                                                                                                              | 3.234,00  |
| OP1163 | ORTO PROTEZ-DİZ ALTI MODÜLER (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN)         | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 4 yıl  |                                                                                                                                                              | 10.780,00 |
| OP1553 | ORTO PROTEZ-DİZ ALTI LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE TEK PARÇA HALİNDE ÜRETİLEN | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 4 yıl  |                                                                                                                                                              | 8.584,80  |
| OP1164 | ORTO PROTEZ-DİZ ALTI PLASTİK TEK PARÇA HALİNDE ÜRETİLEN                | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 4 yıl  |                                                                                                                                                              | 4.849,60  |
| OP1165 | DİZ ALTI PROTEZİ (KLASİK)                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl  |                                                                                                                                                              | 5.776,40  |
| OP1166 | DİZ ALTI PROTEZİ (MODÜLER)                                             | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl  |                                                                                                                                                              | 8.946,00  |
| OP1167 | SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl  | Eklemli veya dinamik ayak ile birlikte, bir çift liner fiyata dahildir.                                                                                      | 11.900,00 |
| OP1168 | SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMLİ MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ                  | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl  | Eklemli veya dinamik ayak ile birlikte, bir çift liner fiyata dahildir.                                                                                      | 14.280,00 |
| OP1170 | SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMLİ DİZ ALTI PROTEZ KİLİT SİSTEMİNİN DEĞİŞİMİ | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 18 ay  |                                                                                                                                                              | 1.094,80  |
| OP1171 | DİZ ALTI PROTEZ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 1 yıl  | Protez ile birlikte bir çift verildiğinden 1 (bir) yıldan önce bedelli karşılanmaz. Miat süresi sonunda reçete edildisi halinde ise 1 (bir) adet karşılanır. | 2.872,80  |
| OP1172 | DİZ ALTI PROTEZİ SOKET DEĞİŞİMİ                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 18 ay  |                                                                                                                                                              | 2.240,00  |
| OP1173 | SYME PROTEZİ SOKET DEĞİŞİMİ                                            | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 18 ay  |                                                                                                                                                              | 2.240,00  |
| OP1174 | SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl  | Bir çift silikon liner ile birlikte verilir.                                                                                                                 | 19.040,00 |
| OP1175 | DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (KLASİK)                                   | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl  |                                                                                                                                                              | 9.349,20  |
| OP1176 | DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK -MODÜLER)                         | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl  |                                                                                                                                                              | 19.521,60 |
| OP1177 | DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ SOKET DEĞİŞİMİ                             | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 18 ay  |                                                                                                                                                              | 3.147,20  |

|        |                                                                                              |                                                                                                                                                        |   |        |                                                                                                                                                             |           |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| OP1178 | DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ                                           | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 1 yıl  | Protez ile birlikte bir çift verildiğinden 1 (bir) yıldan önce bedeli karşılanmaz. Miat süresi sonunda rapete edilmesi halinde ise 1 (bir) adet karşılanır. | 3.082,80  |
| OP1180 | DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-ERKEN AMELİYAT MASASINDA                                                    | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | 1 | 1 defa | Bünyesinde protez-ortez ünitesi olan sağlık hizmeti sunucularında yapılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.                                              | 9.055,20  |
| OP1181 | PROTEZ DİZ-LATERAL EKLEM DEĞİŞİMİ                                                            | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl  |                                                                                                                                                             | 3.665,20  |
| OP1182 | DİZ EKLEMİ AĞAÇ+PLASTİK DEĞİŞİMİ                                                             | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl  |                                                                                                                                                             | 5.723,20  |
| OP1183 | DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ- MODULER EKLEM DEĞİŞİMİ (POLİSENTRİK)                            | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl  |                                                                                                                                                             | 9.760,80  |
| OP1184 | DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-MODULER EKLEM DEĞİŞİMİ (MONOSENTRİK)                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl  |                                                                                                                                                             | 4.984,00  |
| OP1185 | DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-MODULER EKLEMİ DEĞİŞİMİ (ÇOCUK)                                             | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl  |                                                                                                                                                             | 7.862,40  |
| OP1186 | DİZ ÜSTÜ PROTEZİ-GEÇİCİ                                                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | 1 | 1 defa |                                                                                                                                                             | 9.161,60  |
| OP1187 | DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (GEÇİCİ PROTEZ SONRASI UYGULANAN HASTALARDA)                                | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | 1 | 5 yıl  |                                                                                                                                                             | 4.312,00  |
| OP1188 | DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (KLASİK)                                                                    | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | 1 | 5 yıl  |                                                                                                                                                             | 9.906,40  |
| OP1189 | DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK-MODÜLER)                                                           | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | 1 | 5 yıl  |                                                                                                                                                             | 14.422,80 |
| OP1190 | DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK-MODULER-SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMLİ)                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | 1 | 5 yıl  | Bir çift silikon liner ile birlikte verilir.                                                                                                                | 20.210,40 |
| OP1192 | SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMLİ DİZ ÜSTÜ PROTEZ KİLİT SİSTEMİNİN DEĞİŞİMİ                       | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 18 ay  |                                                                                                                                                             | 1.237,60  |
| OP1193 | DİZ ÜSTÜ PROTEZ SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ                                                       | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 1 yıl  | Protez ile birlikte bir çift verildiğinden 1 (bir) yıldan önce bedeli karşılanmaz. Miat süresi sonunda rapete edilmesi halinde ise 1 (bir) adet karşılanır. | 3.082,80  |
| OP1194 | ORTO PROTEZ-DİZ ÜSTÜ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN MODÜLER DİZ EKLEMLİ)                   | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | 1 | 4 yıl  |                                                                                                                                                             | 15.092,00 |
| OP1554 | ORTO PROTEZ-DİZ ÜSTÜ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE TEK PARÇA ÜRETİLEN)                             | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | 1 | 4 yıl  |                                                                                                                                                             | 9.027,20  |
| OP1555 | ORTO PROTEZ-DİZ ÜSTÜ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN MODÜLER DİZ EKLEMSİZ- AYAK BAĞLANTILI) | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | 1 | 4 yıl  |                                                                                                                                                             | 10.105,20 |

|        |                                                                                     |                                                                                                                                                        |   |       |                |           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|----------------|-----------|
| OP1195 | ORTO PROTEZ-DİZ ÜSTÜ (PLASTİK TEK PARÇA HALİNDE ÜRETİLEN)                           | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | İ | 4 yıl |                | 8.624,00  |
| OP1196 | DİZ ÜSTÜ PROTEZİ (MODÜLER-ÇOCUK)                                                    | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | İ | 5 yıl |                | 17.894,80 |
| OP1197 | DİZ ÜSTÜ SOKET DEĞİŞİMİ                                                             | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 18 ay |                | 3.147,20  |
| OP1198 | FOM ÇORABI DEĞİŞİMİ                                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 6 ay  |                | 170,80    |
| OP1199 | DİZ ALTI PROTEZİ FOM, MIKA DEĞİŞİMİ                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 1 yıl |                | 1.318,80  |
| OP1200 | DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ FOM, MIKA DEĞİŞİMİ                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 1 yıl |                | 1.615,60  |
| OP1201 | DİZ ÜSTÜ PROTEZİ FOM, MIKA DEĞİŞİMİ                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 1 yıl |                | 1.918,00  |
| OP1202 | KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ FOM, MIKA DEĞİŞİMİ                                    | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 1 yıl |                | 2.203,60  |
| OP1203 | GÜDÜK ÇORABI                                                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 6 ay  | Çift fiyettir. | 21,56     |
| OP1204 | HEMİPELVEXTOMİ PROTEZİ (MODÜLER)                                                    | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | İ | 5 yıl |                | 18.706,80 |
| OP1205 | KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MODÜLER)                                             | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | İ | 5 yıl |                | 18.981,20 |
| OP1206 | PROTEZ KALÇA EKLEMİ DEĞİŞİMİ (MODÜLER)                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 2 yıl |                | 6.504,40  |
| OP1207 | PROTEZ KALÇA EKLEMİ DEĞİŞİMİ (MODÜLER- ÇOCUK)                                       | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 2 yıl |                | 10.029,60 |
| OP1208 | KALÇA/HEMİPELVEXTOMİ SOKET DEĞİŞİMİ                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 2 yıl |                | 3.603,60  |
| OP1209 | KALÇA PROTEZİ (MODÜLER-ÇOCUK)                                                       | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | İ | 5 yıl |                | 24.402,00 |
| OP1211 | ORTO PROTEZ-KALÇA DEZARTİKÜLASYON PLASTİK TEK PARÇA HALİNDE ÜRETİLEN                | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | İ | 4 yıl |                | 18.326,00 |
| OP1556 | ORTO PROTEZ-KALÇA DEZARTİKÜLASYON LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE TEK PARÇA HALİNDE ÜRETİLEN | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | İ | 4 yıl |                | 21.560,00 |

|                                  |                                                                     |                                                                                                                                                        |   |       |  |           |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--|-----------|
| OP1212                           | MODÜLER PROTEZ TÜP ADAPTÖRÜ DEĞİŞİMİ                                | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl |  | 484,40    |
| OP1213                           | MODÜLER PROTEZ ADAPTÖRLÜ TÜP DEĞİŞİMİ                               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl |  | 602,00    |
| OP1214                           | PARSİYEL AYAK PROTEZİ (DERİ PATİK)                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 1.923,60  |
| OP1215                           | PARSİYEL AYAK PROTEZİ (PLASTİK OMURGALI-KILIFLI)                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 3.096,80  |
| OP1216                           | PARSİYEL AYAK PROTEZİ (PAFO TİPİ)                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 2.746,80  |
| OP1217                           | PARSİYEL AYAK PROTEZİ (TABANLIKLIL-DOLGU)                           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 590,80    |
| OP1218                           | SACH AYAK DEĞİŞİMİ                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl |  | 1.615,60  |
| OP1220                           | SUBAP DEĞİŞİMİ                                                      | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 1 yıl |  | 198,80    |
| OP1221                           | SYME PROTEZİ                                                        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 5.636,40  |
| OP1222                           | UYLUK BANDI/Y BANDI/SÜLESAN BANT DEĞİŞİMİ                           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 1 yıl |  | 198,80    |
| OP1223                           | UYLUK KORSSESİ, LATERAL EKLEMLİ-DİZ ALTI PROTEZİ İLE ÖNGÖRÜLDÜĞÜNDE | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 3 yıl |  | 3.522,40  |
| <b>ÜST EKSTREMİTE PROTEZLERİ</b> |                                                                     |                                                                                                                                                        |   |       |  |           |
| OP1224                           | DİRSEK ALTI PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL-KLASİK)                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 9.360,40  |
| OP1225                           | DİRSEK ALTI PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODÜLER)                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 9.900,80  |
| OP1226                           | DİRSEK ALTI PROTEZİ (PASİF)                                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 7.490,00  |
| OP1227                           | DİRSEK DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 15.402,80 |
| OP1228                           | DİRSEK DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODÜLER)        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 15.943,20 |
| OP1229                           | DİRSEK DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (PASİF)                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 5 yıl |  | 12.320,00 |
| OP1230                           | DİRSEK EKLEMİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK) DEĞİŞİMİ                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl |  | 7.319,20  |

|        |                                                                                                |                                                                                                                                                        |   |       |           |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|-----------|
| OP1231 | DİRSEK EKLEMİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODULER) DEĞİŞİMİ                                           | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 5 yıl | 4.743,20  |
| OP1232 | DİRSEK ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)                                               | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 15.727,60 |
| OP1233 | DİRSEK ÜSTÜ PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL-MODULER)                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 14.912,80 |
| OP1234 | DİRSEK ÜSTÜ PROTEZİ (PASİF)                                                                    | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 12.577,60 |
| OP1235 | EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL)                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 9.324,00  |
| OP1236 | EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (PASİF)                                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 7.459,20  |
| OP1237 | EL BİLEĞİ ÜNİTİ DEĞİŞİMİ                                                                       | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 5 yıl | 537,60    |
| OP1238 | ÜST EKSTREMİTE PROTEZLERİ FOM DEĞİŞİMİ                                                         | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 5 yıl | 957,60    |
| OP1239 | FOREQUARTER PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)                                               | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 17.085,60 |
| OP1240 | FOREQUARTER PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL MODULER)                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 18.006,80 |
| OP1241 | FOREQUARTER PROTEZİ (PASİF)                                                                    | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 13.666,80 |
| OP1242 | HARNES DEĞİŞİMİ                                                                                | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 5 yıl | 397,60    |
| OP1243 | OMUZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL KLASİK)                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 17.085,60 |
| OP1244 | OMUZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (MEKANİK FONKSİYONEL MODULER)                                     | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 18.006,80 |
| OP1245 | OMUZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ (PASİF)                                                           | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 5 yıl | 14.518,00 |
| OP1246 | OMUZ EKLEMİ (MODÜLER) DEĞİŞİMİ                                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 5 yıl | 4.471,60  |
| OP1247 | FOREQUARTER/OMUZ DEZARTİKÜLASYON/DİRSEK ÜSTÜ/DİRSEK DEZARTİKÜLASYON/DİRSEK ALTI SOKET DEĞİŞİMİ | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | İ | 2 yıl | 2.234,40  |
| OP1248 | PARMAK PROTEZİ (PROTEZ ELDİVENİNDEN)                                                           | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.       | İ | 2 yıl | 806,40    |

|                                                        |                                                                                             |                                                                                                                                                        |   |       |          |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|----------|
| OP1249                                                 | PARSİYEL EL PROTEZİ (PROTEZ ELDİVENİNDEN)                                                   | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 2 yıl | 1.948,80 |
| OP1250                                                 | DİNAMİK ÇİFT SOKETLİ PARSİYEL EL PROTEZİ LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN (PROTEZ ELDİVENLİ) | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.         | 1 | 4 yıl | 6.585,60 |
| OP1251                                                 | PROTEZ EL DEĞİŞİMİ                                                                          | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl | 4.606,00 |
| OP1252                                                 | PROTEZ ELDİVEN DEĞİŞİMİ                                                                     | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | 1 | 1 yıl | 1.400,00 |
| <b>MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÜST EKSTREMİTE PROTEZLERİ</b> |                                                                                             |                                                                                                                                                        |   |       |          |

- (1) Sağlık kurulu raporu ile önerilen myoelektrik kontrollü kol protezleri;
- a) Bilateral üst ekstremité amputasyon/uzuv eksiklikleri olan hastaların her iki üst ekstremitesine,
- b) Tek taraflı üst ekstremité amputasyon/uzuv eksiklikleri ile birlikte karşı ekstremitéyi kullanamayacak hastalara, reçete edilmesi durumunda,
- c) Diğer ekstremitenin sağlam olduğu tek taraflı üst ekstremité amputasyon/uzuv eksikliklerinde ise aktif çalışan veya öğrenil olan hastalara reçete edilmesi halinde bedeli karşılanır.
- (2) Myoelektrik kontrollü kol protezlerine yönelik sağlık kurulu raporu, Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon, Ortopedi ve Travmatoloji ve Psikiyatri uzman hekimlerinin birlikte bulunduğu üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Reçeteyi düzenleyen hekim tarafından myoelektrik kol protezinin hastada uygulandığının, hastanın protezinin özelliklerine uygun fonksiyonları yerine getirebildiğinin (reçetede yazılan amaçlara uygun olduğunun) reçete arkasına yazılarak onaylanması gerekmektedir.
- (3) Protezin yapımından sonra sağlık kurulu raporlarının, hastanın protezin kullanımına ilişkin eğitim aldığı ve kullanabildiğine ilişkin, Ankara Şehir Hastanesi, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi veya Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesine veya protez ortez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelerin sağlık kurullarınca onaylanması gerekmektedir.
- (4) Myoelektrik kontrollü kol protezleri Fiziksel Tip ve Rehabilitasyon veya Ortopedi ve Travmatoloji uzman hekimlerince reçete edilebilir.
- (5) 6 yaş öncesi hastalara temin edilen çocuk/yaşlı myoelektrik kontrollü kol protezi bedelleri Kurumca karşılanmaz.
- (6) 17 yaş ve üzeri hastalarda çocuk myoelektrik kontrollü kol protezi bedelleri Kurumca karşılanmaz.
- (7) Çocuk myoelektrik kontrollü kol protezi bedelleri 6-16 yaş (6 ve 16 yaş dahil) arasında Kurumca bedeli karşılanır.
- (8) Myoelektrik kontrollü kol protezini yapan uygulama merkezi tarafından, hastanın protezin teknik özelliklerine uygun fonksiyonel hareketlerini yerine getirebildiğinin (fatura ekinde yer alması) belgelendirilmesi gerekmektedir.
- (9) Protezin kontrolünü sağlayacak kaslardan yüzey elektromiyografi (sEMG) çalışması en fazla kasılma sırasında yapılan incelemede daha önce belirlenmiş yeterli eşik değer (motor ünite aksiyon potansiyeli (MÜAP) amplitüd ölçümü, karesel ortalama karekük (RMS), güç spektral analizi vb) ve üzerinde aktivitenin saptanması veya bu konuda özelleşmiş myotest ölçümleri yapılabilen tan/geri bildirim cihazları yardımı ile sağlık kurulu raporunu düzenleyen sağlık hizmeti sunucularına elektrodu çalıştıracak yeterli aksiyon potansiyeline sahip olduğu belgelendirilmelidir.
- (10) Myoelektrik kontrollü kol protezlerinin müt süresi 10 (on) yıldır. Bu süreden önce temin edilen myoelektrik kontrollü kol protezlerinin Kurumca bedelleri karşılanmaz.
- (11) Myoelektrik kontrollü kol protezi temin edildikten sonra hasta tarafından, yüksek gerilim altında ve manyetik alanlarda çalışmayacağına belgelmesi veya tahhüt edilmesi gerekmektedir.
- (12) Myoelektrik kontrollü omuz dezartikülasyon kol protezlerinin Kurumca bedelleri karşılanmaz.

|        |                                                                                     |  |   |        |            |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--------|------------|
| OP1253 | TRANSKARPAL AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU    |  | 1 | 10 yıl | 59.558,80  |
| OP1254 | TRANSKARPAL AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL İKİ ELEKTROTLU    |  | 1 | 10 yıl | 66.438,40  |
| OP1255 | EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU |  | 1 | 10 yıl | 61.048,40  |
| OP1256 | EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL İKİ ELEKTROTLU |  | 1 | 10 yıl | 66.438,40  |
| OP1257 | EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÇOCUK PROTEZ 2 KANAL SİSTEM   |  | 1 | 10 yıl | 66.438,40  |
| OP1258 | DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL TEK ELEKTROTLU  |  | 1 | 10 yıl | 63.109,20  |
| OP1259 | DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL İKİ ELEKTROTLU  |  | 1 | 10 yıl | 69.638,80  |
| OP1260 | DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÇOCUK PROTEZİ                  |  | 1 | 10 yıl | 69.638,80  |
| OP1261 | DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEM          |  | 1 | 10 yıl | 89.796,00  |
| OP1262 | DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEM            |  | 1 | 10 yıl | 84.299,60  |
| OP1263 | DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEM            |  | 1 | 10 yıl | 112.246,40 |

|         |                                                                                                                         |                                                                                                                                                |   |        |  |            |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|--|------------|
| OP1264  | DİRSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZİ 2 KANAL SİSTEM                                               |                                                                                                                                                | 1 | 10 yıl |  | 79.716,00  |
| OP1265  | DİRSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÇOCUK PROTEZİ                                                        |                                                                                                                                                | 1 | 10 yıl |  | 79.716,00  |
| OP1266  | DİRSEK ÜSTÜ AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZİ 4 KANAL SİSTEM                                               |                                                                                                                                                | 1 | 10 yıl |  | 108.122,00 |
|         | <b>MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZLERİN KOMPONENTLERİ</b>                                                                  |                                                                                                                                                |   |        |  |            |
|         | <b>TRANSKARPAL AMPUTASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEMİNİN ALT KOMPONENTLERİ</b>                   |                                                                                                                                                |   |        |  |            |
| OP1253A | 1 ADET MYOELEKTRİK EL                                                                                                   | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 28.669,20  |
| OP1253B | 1 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT                                                                                  | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 5.955,60   |
| OP1253C | 1 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU                                                                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 490,00     |
| OP1253D | 1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU                                                                                         | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 434,00     |
| OP1253E | 2 ADET EN AZ 6 V BATARYA                                                                                                | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 3.488,80   |
| OP1253F | 1 ADET BATARYA YATAĞI                                                                                                   | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 389,20     |
| OP1253G | 1 ADET ŞARJ CİHAZI                                                                                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 1.106,00   |
| OP1253H | 1 ADET KOZMETİK ELDİVEN                                                                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 1.400,00   |
|         | <b>EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZİ 2 KANAL SİSTEMİN(YETİŞKİN/ÇOCUK) ALT KOMPONENTLERİ</b> |                                                                                                                                                |   |        |  |            |
| OP1255A | 1 ADET MYOELEKTRİK EL                                                                                                   | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 28.669,20  |
| OP1255B | 1 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT                                                                                  | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 5.955,60   |
| OP1255C | 1 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU                                                                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 490,00     |
| OP1255D | 1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU                                                                                         | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 434,00     |
| OP1255E | 2 ADET EN AZ 6 V BATARYA                                                                                                | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 3.488,80   |
| OP1255F | 1 ADET BATARYA YATAĞI                                                                                                   | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 389,20     |
| OP1255G | 1 ADET ŞARJ CİHAZI                                                                                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 1.106,00   |
| OP1255H | 1 ADET KOZMETİK ELDİVEN                                                                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        |  | 1.400,00   |
|         | <b>DİRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b>                   |                                                                                                                                                |   |        |  |            |

|         |                                                                                                       |                                                                                                                                                |   |  |           |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|-----------|
| OP1258A | 1 ADET MYOELEKTRİK EL                                                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 28.669,20 |
| OP1258B | 1 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT                                                                | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 5.955,60  |
| OP1258C | 1 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU                                                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 490,00    |
| OP1258D | 1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU                                                                       | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 434,00    |
| OP1258E | 2 ADET EN AZ 6 V BATARYA                                                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 3.488,80  |
| OP1258F | 1 ADET BATARYA YATAĞI                                                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 389,20    |
| OP1258G | 1 ADET ŞARJ CİHAZI                                                                                    | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 1.106,00  |
| OP1258H | 1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ                                                                                | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 1.120,00  |
| OP1258I | 1 ADET KOZMETİK EL DİVEN                                                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 1.400,00  |
|         | <b>DIRSEKALTI AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b> |                                                                                                                                                |   |  |           |
| OP1261A | 1 ADET MYOELEKTRİK EL                                                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 28.669,20 |
| OP1261B | 2 ADET ÇİFT KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT                                                               | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 11.911,20 |
| OP1261C | 2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU                                                                      | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 980,00    |
| OP1261D | 1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ                                                                                | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 1.120,00  |
| OP1261E | 1 ADET ELEKTRONİK EL BİLEĞİ ROTATÖRÜ                                                                  | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 19.241,60 |
| OP1261F | 1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU                                                                       | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 434,00    |
| OP1261G | 2 ADET EN AZ 6 V BATARYA                                                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 3.488,80  |
| OP1261H | 1 ADET BATARYA YATAĞI                                                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 389,20    |
| OP1261I | 1 ADET ŞARJ CİHAZI                                                                                    | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 1.106,00  |
| OP1261J | 1 ADET KOZMETİK EL DİVEN                                                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 1.400,00  |
|         | <b>DIRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b>   |                                                                                                                                                |   |  |           |

|         |                                                                                              |                                                                                                                                                |   |  |           |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|-----------|
| OP1262A | 1 ADET MYOELEKTRİK EL                                                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 28.669,20 |
| OP1262B | 2 ADET TEK KANALI ALGILAYICI ELEKTROT                                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 11.911,20 |
| OP1262C | 2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU                                                             | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 980,00    |
| OP1262D | 1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ                                                                       | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 1.120,00  |
| OP1262E | 1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU                                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 434,00    |
| OP1262F | 2 ADET EN AZ 6 V BATARYA                                                                     | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 3.488,80  |
| OP1262G | 1 ADET BATARYA YATAĞI                                                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 389,20    |
| OP1262H | 1 ADET ŞARJ CİHAZI                                                                           | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 1.106,00  |
| OP1262I | 1 ADET KOZMETİK EL DİVEN                                                                     | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 1.400,00  |
| OP1262J | 1 ADET PROTEZ BAĞ SİSTEMİ                                                                    | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 338,80    |
| OP1262K | 2 ADET LATERAL DİRSEK EKLEMİ                                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 5.266,80  |
|         | DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ |                                                                                                                                                |   |  |           |
| OP1263A | 1 ADET MYOELEKTRİK EL                                                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 28.669,20 |
| OP1263B | 2 ADET ÇİFT KANALI ALGILAYICI ELEKTROT                                                       | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 11.911,20 |
| OP1263C | 2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU                                                             | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 980,00    |
| OP1263D | 1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ                                                                       | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 1.120,00  |
| OP1263E | 1 ADET ELEKTRONİK EL BİLEĞİ ROTATÖRÜ                                                         | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 19.241,60 |
| OP1263F | 2 ADET LATERAL DİRSEK EKLEMİ                                                                 | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 5.266,80  |
| OP1263G | 1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU                                                              | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 434,00    |
| OP1263H | 2 ADET EN AZ 6 V BATARYA                                                                     | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 3.488,80  |
| OP1263I | 1 ADET BATARYA YATAĞI                                                                        | Fiziksel tip ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | 389,20    |

|         |                                                                                                       |                                                                                                                                                |   |  |  |           |
|---------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|-----------|
| OP1263J | 1 ADET ŞARJ CİHAZI                                                                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 1.106,00  |
| OP1263K | 1 ADET KOZMETİK EL DİVEN                                                                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 1.400,00  |
| OP1263L | 1 ADET PROTEZ BAĞ SİSTEMİ                                                                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 338,80    |
|         | <b>DİRSEKÜSTÜ AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 2 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b> |                                                                                                                                                |   |  |  |           |
| OP1264A | 1 ADET MYOELEKTRİK EL                                                                                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 28.669,20 |
| OP1264B | 2 ADET TEK KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT                                                                | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 11.911,20 |
| OP1264C | 2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU                                                                      | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 980,00    |
| OP1264D | 1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ                                                                                | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 1.120,00  |
| OP1264E | 1 ADET DİRSEK EKLEMİ (MEKANİK)                                                                        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 3.150,00  |
| OP1264F | 1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU                                                                       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 434,00    |
| OP1264G | 2 ADET EN AZ 6 V BATARYA                                                                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 3.488,80  |
| OP1264H | 1 ADET BATARYA YATAĞI                                                                                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 389,20    |
| OP1264I | 1 ADET ŞARJ CİHAZI                                                                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 1.106,00  |
| OP1264J | 1 ADET KOZMETİK EL DİVEN                                                                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 1.400,00  |
| OP1264K | 1 ADET PROTEZ BAĞ SİSTEMİ                                                                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 338,80    |
|         | <b>DİRSEKÜSTÜ AMPUTASYONLARI İÇİN MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZ 4 KANAL SİSTEMİN ALT KOMPONENTLERİ</b> |                                                                                                                                                |   |  |  |           |
| OP1266A | 1 ADET MYOELEKTRİK EL                                                                                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 28.669,20 |
| OP1266B | 2 ADET ÇİFT KANALLI ALGILAYICI ELEKTROT                                                               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 11.911,20 |
| OP1266C | 2 ADET ELEKTROT BAĞLANTI KABLOSU                                                                      | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 980,00    |
| OP1266D | 1 ADET EL BİLEĞİ ÜNİTİ                                                                                | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 1.120,00  |
| OP1266E | 1 ADET ELEKTRONİK EL BİLEĞİ ROTATÖRÜ                                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  |  | 19.243,60 |

|         |                                                             |                                                                                                                                                                               |   |       |  |          |
|---------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--|----------|
| OP1266F | 1 ADET DİRSEK EKLEMİ (MEKANİK)                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                | I |       |  | 3.150,00 |
| OP1266G | 1 ADET BATARYA BAĞLANTI KABLOSU                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                | I |       |  | 434,00   |
| OP1266H | 2 ADET EN AZ 6 V BATARYA                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                | I |       |  | 3.488,80 |
| OP1266I | 1 ADET BATARYA YATAĞI                                       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                | I |       |  | 389,20   |
| OP1266J | 1 ADET ŞARJ CİHAZI                                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                | I |       |  | 1.106,00 |
| OP1266K | 1 ADET KOZMETİK EL DİVEN                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                | I |       |  | 1.400,00 |
| OP1266L | 1 ADET PROTEZ BAĞ SİSTEMİ                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir.                                | I |       |  | 338,80   |
|         | <b>MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PROTEZLER İÇİ SÖKET YENİLEMESİ</b> |                                                                                                                                                                               |   |       |  |          |
| OP1267  | SOKET YENİLENMESİ                                           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                        | I | 2 yıl |  | 2.517,20 |
|         | <b>GÖVDE ORTEZLERİ</b>                                      |                                                                                                                                                                               |   |       |  |          |
| OP1268  | DORSOLOMBER/TORAKOLOMBER ÇELİK/FLEKSİBLE BALENLİ KORSE      | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 1 yıl |  | 255,00   |
| OP1269  | DORSOLOMBER/METAL TORAKOLOMBOSACRAL ORTEZ-TAYLOR            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |  | 949,20   |
| OP1270  | METAL TLSO-STEİNDLER                                        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |  | 949,20   |
| OP1271  | DORSOLOMBOSACRAL/TORAKOLUMBOSACRAL KORSE-PLASTİK TLSO       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |  | 949,20   |
| OP1272  | SERVİKAL ORTEZ İLAVELİ TLSO                                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 1.083,60 |
| OP1273  | SKOLYOZ ORTEZLERİ (MILWAUKEE TİP CTLSO)                     | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 1.372,00 |
| OP1274  | SKOLYOZ ORTEZLERİ (BOSTON, MIAMI VB TİP PLASTİK TLSO)       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |  | 1.094,80 |
| OP1275  | SERVİKAL ORTEZ (SÜNGER) (COLLAR-BOYUNLUK)                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |  | 70,00    |
| OP1276  | SERVİKAL ORTEZ (PLASTAZOT) (COLLAR-BOYUNLUK)                | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |  | 133,00   |

|        |                                                         |                                                                                                                                                                               |   |       |                                                                                                                                     |          |
|--------|---------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| OP1277 | SERVİKAL ORTEZ (PHILADELPHIA)                           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |                                                                                                                                     | 128,80   |
| OP1278 | SERVİKAL ORTEZ (GÖĞÜS DESTEKLİ-PLASTİK ÇENELİKLİ)       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                                                                                                     | 473,20   |
| OP1279 | SERVİKAL ORTEZ (SOMİ-BARU GÖĞÜS DESTEKLİ)               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                                                                                                     | 666,40   |
| OP1280 | GÖVDE KORSESİ ELASTİK (CERRAHİ SONRASİ)                 | Genel cerrahi, göğüs cerrahi veya kardiyovasküler cerrahi uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                           | H | 1 yıl |                                                                                                                                     | 112,00   |
| OP1281 | HİPEREKSTANSİYON ORTEZ (JEWETT VB TLO)                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                                                                                                     | 800,80   |
| OP1282 | HİPEREKSTANSİYON ORTEZ (JEWETT VB TLO)                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 1 yıl |                                                                                                                                     | 616,00   |
| OP1283 | LUMBOSAKRAL FLEKSİBLE/ÇELİK BALENLİ KORSE               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 1 yıl |                                                                                                                                     | 168,00   |
| OP1284 | LUMBOSAKRAL METAL ORTEZ (KNIGHT)                        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                                                                                                     | 313,60   |
| OP1285 | LUMBOSAKRAL YÜN ELASTİK KORSE                           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 6 ay  |                                                                                                                                     | 92,40    |
| OP1286 | MİDE KORSESİ GENEL CERRAHİ                              | Genel cerrahi uzman hekimince düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                                                                    | H | 6 ay  |                                                                                                                                     | 155,00   |
| OP1287 | MİNİERVA ORTEZİ CTO                                     | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 1 yıl |                                                                                                                                     | 1.246,00 |
| OP1288 | MİNİERVA ORTEZİ                                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                                                                                                     | 1.898,40 |
| OP1289 | PLASTAZOT KAPLAMA (KORSE)                               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 6 ay  |                                                                                                                                     | 294,00   |
| OP1290 | PLASTİK GÖVDE ORTEZİ (LSO)                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 1 yıl |                                                                                                                                     | 733,60   |
| OP1557 | POSTUR KORUYUCU OTURMA ORTEZİ (YÜKSEK ISI TERMOPLASTİK) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | I | 3 yıl |                                                                                                                                     | 924,00   |
|        | TEKERLEKLİ SANDALYELER                                  |                                                                                                                                                                               |   |       |                                                                                                                                     |          |
| OP1342 | STANDART MANUEL TEKERLEKLİ SANDALYE                     |                                                                                                                                                                               | H | 5 yıl | Kollukları çıkabilir, ayaklıkları çıkabilir, katlanabilir, çelik şase, 16-22 kg arasında ağırlığı olan, farklı oturma ebatları olan | 1.540,00 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |  |   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--|---|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| (1) 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 karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |  |   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| OP1343                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | HAFIF MANUEL TEKERLEKLİ SANDALYE   |  | H | 5 yıl | Alüminyum alaşımlar/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                                                                                                                                                                                                                         | 3.696,00  |
| (1) 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 birer kişinin veya bir branştan iki, diğer branştan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belgelendirilmesi ve bu hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                    |  |   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| OP1344                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PEDİATRİK TEKERLEKLİ SANDALYE      |  | H | 5 yıl | Alüminyum alaşımlar/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                                                                                                                                                                                                     | 3.696,00  |
| (1) Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya engellilik durumu olduğunun, ayrıca engellilik durumu nedeniyle pediatrik 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 birer kişinin veya bir branştan iki, diğer branştan bir olmak üzere toplam üç uzman hekimin) yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporunda belgelendirilmesi ve bu hekimlerce reçete edilmesi halinde 5-15 yaş arası hastalarda Kurumca bedeli karşılır. Ancak gelişim geriliği olan hastalarda, sağlık kurulu raporunda gelişim geriliğinin belirtilmesi halinde yaş sınırı dikkate alınmaz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                    |  |   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| OP1345                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | STANDART AKÜLÜ TEKERLEKLİ SANDALYE |  | H | 5 yıl | Elektronik kumandalı, kapalı devre sistemiyle yoktu aşağı bile hızı ve yönü ayarlanabilir, elektronik akü şarj cihazı, en az 24 ah 12 V 2 adet akülü olan, suya dirençli, kolları ve ayaklıklar çıkarılabilen, 12 derecelik eğimi güvenli olarak çıkarılabilen, şasesi kalın çelikten üretilmiş, 100 kg a kadar hasta taşıma özelliğine sahip, ağırlığı 60-100 kg arasında olan, iç mekanlar için uygun olan, saatte max 6 km/h hız yapabilen | 10.500,00 |
| (1) Ayakta durmak ve/veya yürümek için alt ekstremitelerini kullanamayacak hastalığı veya engellilik durumunun yanında;<br>a) El, ön kol ve kolun tek tarafı fonksiyonuna mani olan haller veya,<br>b) Kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları veya,<br>c) Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları;<br>(2) Yukarıda sayılan hastalıklara gibi tekerlekli sandalyeyi hareket ettirmemesi ya da hareket ettirmesi halinde kişinin sağlığını tehlikeye gireceği durumlarda, bu durumların Ortopedi ve Travmatoloji, Beyin Cerrahisi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon, Erişkin veya Çocuk Nöroloji uzman hekimlerinden birinin ve kalp yetmezliği veya koroner arter hastalıkları varsa ayrıca Kardiyoloji uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa Dahiliye uzmanı; kronik obstrüktif akciğer hastalıkları varsa ayrıca Göğüs Hastalıkları uzmanı, adı geçen branşta hekim yoksa Dahiliye uzmanının yer aldığı, mental fonksiyonlar yönünden akülü tekerlekli sandalye kullanıp kullanamayacağı hususunu ayrıca belirtildiği; psikiyatri uzman hekiminin de yer aldığı sağlık kurullarınca düzenlenen sağlık kurulu raporuyla belgelendirilmesi şartıyla akülü tekerlekli sandalye Kurumca bedelleri karşılır.<br>(3) Trafik tesvili zorunlu olan ve kullanımı için H sınıfı sürücü belgesi gerektiren motorlu malul arabalarının Kurumca temin edilmiş motorlu malul arabalarının bakım ve onarım işlemleri SUT hükümleri doğrultusunda yürütülür.<br>(4) İlgili firma tarafından en az 2 (iki) yıl garanti, 10 (on) yıl yedek parça bulunurluk garantisi ve teknik destek taahhüdnamesi verilmiş olmalıdır.<br>(5) 16 yaş üzeri hastalara temin edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılır. Ayrıca 11-16 (16 yaş dahil) yaş arası hastalarda da ev, okul gibi kapalı alanlarda kullanı için yukarıdaki kriterleri sağlık kurulu raporu ile belgelendirmeleri halinde bir defaya mahsus olmak üzere pediatrik akülü tekerlekli sandalye bedeli standart akülü tekerlekli sandalye bedeli üzerinden Kurumca karşılır. |                                    |  |   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| OP1558                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AKÜ DEĞİŞİMİ                       |  | H | 2 yıl |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 1.050,00  |

- (1) Akdönü tekerlekli sandalyelerin garanti süresi sonundaki akdö değişim bedeli, akdönü kullanılamaz durumda olduğunun yetkili teknik servis raporu ile beigelendirilmesi halinde 2 (iki) yılda bir defa olmak üzere Kurumca karşılanır.  
(2) Akdö değişim bedeli dödelerinde ÜTS kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması ęartı aranmaz.

|        |                                                                                          |                                                                                                                                                                                          |   |       |                                                                                                        |           |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| OP1294 | TEKERLEKLİ SANDALYE OTURMA ADAPTASYONU                                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroğirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından dözlenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.           | H | 3 yıl |                                                                                                        | 268,80    |
|        | <b>AYAKTA DİK POZİSYONLAMA VE YÜRÜTME CİHAZLARI</b>                                      |                                                                                                                                                                                          |   |       |                                                                                                        |           |
| OP1295 | STANDING TABLE (AYAKTA DİK KONUMLANDIRMA CİHAZI)                                         |                                                                                                                                                                                          | H | 5 yıl | Destekleri ve eklemli postüre göre yukarı ağağı, öne arkaya ayarlanabilen metal/ağışap modüller tarzda | 2.100,00  |
| OP1296 | STANDING TABLE (AYAKTA DİK KONUMLANDIRMA CİHAZI)                                         |                                                                                                                                                                                          | I | 5 yıl | Destekleri ve eklemli postüre göre yukarı ağağı, öne arkaya ayarlanabilen metal/ağışap modüller tarzda | 2.520,00  |
| OP1297 | AYAKTA DİK POZİSYONLAMA CİHAZI (STAND UP WHEELCHAİR) (MANUEL KALKIŞ MANUEL SÜRÜŞİ) DİĞER |                                                                                                                                                                                          | H | 5 yıl |                                                                                                        | 10.920,00 |
| OP1298 | VELCRO/BANT DEĞİŞİMİ                                                                     | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon veya ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından dözlenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                  | I | 1 yıl |                                                                                                        | 84,00     |
| OP1299 | YÜZ BASKI MASKESİ ELASTİK                                                                | Kulak burun boğaz veya plastik ve rekonstrüktif cerrahi uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından dözlenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                       | H | 2 yıl |                                                                                                        | 170,80    |
| OP1300 | HAVALI YATAK                                                                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, geriatrı, nöroloji veya nöroğirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından dözlenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir. | H | 5 yıl |                                                                                                        | 700,00    |
| OP1301 | HAVALI MİNDER                                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroğirürji uzman hekimlerinden herhangi biri tarafından dözlenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.           | H | 5 yıl |                                                                                                        | 246,40    |
| OP1341 | GÖRME ENGELLİLER İÇİN TELESKOPİK VEYA KATLANABİLİR BASTON                                | Göz sağığı ve hastalıkları uzman hekimince dözlenlenen uzman hekim raporu gerekmektedir.                                                                                                 | H | 1 yıl |                                                                                                        | 117,60    |
|        | <b>MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER</b>                              |                                                                                                                                                                                          |   |       |                                                                                                        |           |
|        | <b>A- DİZ ALTI PROTEZLER</b>                                                             |                                                                                                                                                                                          |   |       |                                                                                                        |           |
|        | <b>A1-EKLEMLİ VEYA DİNAMİK AYAKLI DİZ ALTI PROTEZLER</b>                                 |                                                                                                                                                                                          |   |       |                                                                                                        |           |

**Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1) Eklemli veya dinamik ayak fiyata dahildir.
- (2) Protezler ile birlikte, Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olan TİTUBB/ÜTS kayıt işlemleri tamamlanmış bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı liner) ve bir çift jel/silikon dizlik verilir. Ayrıca protezin yapımında kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olan diğer ara ürünlerinde TİTUBB/ÜTS kayıt işlemleri tamamlanmış olması gerekmektedir.
- (3) Dizliksiz süspanse olabilen protezlerde dizlik kullanılmadığından, bu protezler ile birlikte bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı liner) verilir.
- (4) Aktif vakum ve pasif vakum sistem diz altı protezlerde bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı liner) ve bir çift jel/silikon dizlik bedeli fiyata dahildir. Dizliksiz süspanse olabilen protezlerde ise bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı liner) bedeli fiyata dahildir.
- (5) Protezin yapımında kullanılan ara ürünlerin (eklem, ayak, tüp, adaptör, vakum pompası, klit sistemi vb.) hastanın kilosı ile uyumlu olması gerekmekte olup, sağık kurulu raporunda hastanın kilosı belirtilmelidir.
- (6) Uygulama Merkezleri yaptıkları protezlerin yukarıda belirtilen teknik özelliklere haız olduğunu taahhüt etmesi gerekmektedir.
- (7) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı üçüncü basamak resmî sağık hizmeti sunucularınca dözlenlenen sağık kurulu raporu gerekmektedir.

|        |                                                                         |  |   |       |  |           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|--|---|-------|--|-----------|
| OP1302 | AKTİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ                             |  | I | 5 yıl |  | 20.527,50 |
| OP1346 | AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ |  | I | 5 yıl |  | 20.527,50 |
| OP1347 | PASİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ                             |  | I | 5 yıl |  | 9.177,00  |
| OP1559 | PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ |  | I | 5 yıl |  | 9.177,00  |
|        | <b>A2- KARBON AYAKLI DİZ ALTI PROTEZLERİ</b>                            |  |   |       |  |           |

**Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1) Aktivite seviyesi (K3) veya (K4) olan hastalarda ödenir.
- (2) Karbon ayak ve kilifi fiyata dahildir. Karbon ayacın aktivite seviyesi hastanın aktivite seviyesi ile uyumlu olacak.
- (3) Protezler ile birlikte, Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olan TİTUBB/ÜTS kayıt işlemleri tamamlanmış bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı) ve bir çift jel/silikon dizlik verilir. Ayrıca protezin yapımında kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olan diğer ara ürünlerin de TİTUBB/ÜTS kayıt işlemleri tamamlanmış olması gerekmektedir.
- (4) Dizliksiz süspansiyon olabilen protezlerde dizlik kullanılmadığından, bu protezler ile birlikte bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı) verilir.
- (5) Aktif vakum ve pasif vakum sistem diz altı protezlerde bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı) ve bir çift jel/silikon dizlik bedeli fiyata dahildir. Dizliksiz süspansiyon olabilen protezlerde ise bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı liner) bedeli fiyata dahildir.
- (6) Protezin yapımında kullanılan ara ürünlerin (eklem, ayak, tüp, adaptör, vakum pompası, kilit sistemi vb.) hastanın kilosu ile uyumlu olması gerekmekte olup, sağlık kurulu raporunda hastanın kilosu belirtilmelidir.
- (7) Sağlık kurulu raporlarında hastaların aktivite seviyeleri (K3) veya (K4) şeklinde tek bir aktivite seviyesi belirtilir.
- (8) Uygulama Merkezleri yaptıkları protezlerin yukarıda belirtilen teknik özelliklere haiz olduğunu taahhüt etmesi gerekmektedir.
- (9) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularına düzenlenen sağlık kurulu raporu gerekmektedir.

|        |                                                                            |  |   |       |  |           |
|--------|----------------------------------------------------------------------------|--|---|-------|--|-----------|
| OP1560 | AKTİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ                                |  | I | 5 yıl |  | 25.357,50 |
| OP1561 | AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSİYON OLABİLEN MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ |  | I | 5 yıl |  | 25.357,50 |
| OP1562 | PASİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ                                |  | I | 5 yıl |  | 14.007,00 |
| OP1563 | PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSİYON OLABİLEN MODÜLER DİZ ALTI PROTEZİ |  | I | 5 yıl |  | 14.007,00 |
|        | <b>B- MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON, DİZ ÜSTÜ VE KAĞA DEZARTİKÜLASYON</b>    |  |   |       |  |           |
|        | <b>PROTEZLERİ</b>                                                          |  |   |       |  |           |
|        | <b>B1- PNÖMATİK KONTROLLÜ DİZ EKİMLİ MODÜLER PROTEZLER</b>                 |  |   |       |  |           |

**Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1) Aktivite seviyesi (K2) veya (K3) olan hastalarda ödenir.
- (2) Diz eklemimin aktivite seviyesi hastanın aktivite seviyesiyle uyumlu olacak. Protezin yapımında kullanılan diz eklemi aktivite seviyesinin, hastanın aktivite seviyesinin altında olması halinde protez bedeli Kurumca karşılanmaz.
- (3) Karbon ayak fiyata dahildir. Karbon ayak ve diz eklemi aktivite seviyesi uyumlu olacak.
- (4) Protezler ile birlikte, Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olan TİTUBB/ÜTS kayıt işlemleri tamamlanmış bir çift liner (silikon, poliüretan, jel ya da membranlı) ve bir çift jel/silikon dizlik verilir. Ayrıca protezin yapımında kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olan diğer ara ürünlerin de TİTUBB/ÜTS kayıt işlemleri tamamlanmış olacak.
- (5) Silikon liner kilitli/kilitsiz sistem soketli protezler ile birlikte, bir çift silikon liner verilecek. Bir çift linerin bedeli fiyata dahildir.
- (6) Aktif ve pasif vakum sistem soketli diz dezartikülasyon protezleri ile birlikte bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı) ve bir çift jel/silikon dizlik verilecek. Bir çift liner ve dizliğin bedeli fiyata dahildir.
- (7) Diz üstü ve diz dezartikülasyon aktif vakum dizliksiz süspansiyon olan protezlerde "membranlı liner" haricinde ki liner bedelleri Kurumca karşılanmaz.
- (8) Dizliksiz süspansiyon olabilen protezlerde dizlik kullanılmadığından, bu protezler ile birlikte bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı) verilecek. Bir çift linerin bedeli fiyat dahildir.
- (9) Kağız dezartikülasyon protezlerinde liner ve jel/silikon dizlik kullanılmadığından fiyatı dahil değildir.
- (10) Diz eklemimin bükülme açısı asgari 120 derece olacak.
- (11) Protezin yapımında kullanılan ara ürünlerin (eklem, ayak, tüp, adaptör, vakum pompası, kilit sistemi vb.) hastanın kilosu ile uyumlu olacak ve sağlık kurulu raporunda hastanın kilosu belirtilir.
- (12) Sağlık kurulu raporlarında hastaların aktivite seviyeleri (K2) veya (K3) şeklinde tek bir aktivite seviyesi belirtilir.
- (13) Uygulama Merkezleri, hastaların durumlarına göre protezin yapımında monosentrik ya da polisentrik diz eklemier kullanacaklar.
- (14) Uygulama Merkezleri yaptıkları protezlerin yukarıda belirtilen teknik özelliklere haiz olduğunu taahhüt etmesi gerekmektedir.
- (15) Aktif çalışan ve/veya ağrıyı gideren hastalara temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır.
- (16) Protezin teminine ilişkin sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte bulunduğu üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarına düzenlenektir. Bu sağlık kurulu raporlarının protezin yapımında önce Ankara Şehir Hastanesi, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi veya Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesince düzenlenen sağlık kurulu raporları ile onaylanması gerekmektedir.
- (17) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularına düzenlenen sağlık kurulu raporlarının 16'ncı maddede belirtilen sağlık hizmeti sunucularından herhangi biri tarafından onaylanması halinde; fatura tarihinden önce Ankara Şehir Hastanesi, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesince veya protez-ortez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelerin sağlık kurullarına ilgili merkez tarafından protezin hastaya uygulandığı, protezin kullanımına ilişkin eğitim aldığı ve hastanın protezi kullanabildiği dair sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

|        |                                                                                                                                                       |  |   |       |  |           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|-------|--|-----------|
|        | <b>B1/1- PNÖMATİK KONTROLLÜ DİZ EKİMLİ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON</b>                                                                                |  |   |       |  |           |
|        | <b>PROTEZLERİ</b>                                                                                                                                     |  |   |       |  |           |
| OP1564 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DÜRÜŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKİMLİ, MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                                   |  | I | 5 yıl |  | 37.128,00 |
| OP1565 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DÜRÜŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKİMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                     |  | I | 5 yıl |  | 42.840,00 |
| OP1566 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DÜRÜŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKİMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                |  | I | 5 yıl |  | 44.268,00 |
| OP1567 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DÜRÜŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKİMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSİYON OLABİLEN MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ |  | I | 5 yıl |  | 44.268,00 |

|        |                                                                                                                                                     |  |   |       |  |           |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|-------|--|-----------|
| OP1568 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                             |  | İ | 5 yıl |  | 66.640,00 |
| OP1569 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ |  | İ | 5 yıl |  | 66.640,00 |
|        | <b>B1/2- PNÖMATİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZLERİ</b>                                                                             |  |   |       |  |           |
| OP1570 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                                                           |  | İ | 5 yıl |  | 37.128,00 |
| OP1571 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                             |  | İ | 5 yıl |  | 42.840,00 |
| OP1572 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMLİ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                              |  | İ | 5 yıl |  | 44.268,00 |
| OP1573 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ            |  | İ | 5 yıl |  | 44.268,00 |
| OP1574 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ            |  | İ | 5 yıl |  | 66.640,00 |
|        | <b>B1/3- PNÖMATİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER KAÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZLERİ</b>                                                                 |  |   |       |  |           |
| OP1575 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER KAÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                               |  | İ | 5 yıl |  | 47.600,00 |
|        | <b>B2- HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER PROTEZLER</b>                                                                                         |  |   |       |  |           |

**Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1) Aktivite seviyesi (K3) veya (K4) olan hastalarla ödenir.
- (2) Diz eklemnin aktivite seviyesi hastanın aktivite seviyesine uyumlu olacak. Protezin yapımında kullanılan diz eklemnin aktivite seviyesinin hastanın aktivite seviyesinin altında olması halinde, protez bedeli Kurumca karşılanmaz.
- (3) Karbon ayak ve kilif fiyata dahildir. Karbon ayak ve diz eklemnin aktivite seviyesi uyumlu olacak.
- (4) Protezler ile birlikte, Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olan TITUBB/ÜTS kayıt işlemleri tamamlanmış bir çift liner (silikon, polüüretan, jel ya da membranlı) ve bir çift jel/silikon dizlik verilecek. Ayrıca protezin yapımında kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olan diğer ara ürünlerinde TITUBB/ÜTS kayıt işlemleri tamamlanmış olması gerekmektedir.
- (5) Silikon liner kilitletilmiş sistem soketli protezler ile birlikte, bir çift silikon liner verilir. Bir çift liner bedeli fiyata dahildir.
- (6) Aktif ve pasif vakum sistem soketli diz dezartikülasyon protezleri ile birlikte bir çift liner (polüüretan, jel ya da membranlı liner) ve bir çift jel/silikon dizlik verilir. Bir çift liner ve dizlik bedeli fiyata dahildir.
- (7) Diz üstü ve diz dezartikülasyon aktif vakum dizliksiz süspansen olan protezlerde “membranlı liner” haricinde ki liner bedelleri Kurumca karşılanmaz.
- (8) Dizliksiz süspansen olan protezlerde dizlik kullanılmadığından, bu protezler ile birlikte bir çift liner (polüüretan, jel ya da membranlı) verilir. Bir çift linerin bedeli fiyat dahildir.
- (9) Kaça dezartikülasyon protezlerinde liner ve jel/silikon dizlik kullanılmadığından fiyata dahil değildir.
- (10) Diz eklemnin bölkölme açısı asgari 120 derece olmalıdır.
- (11) Protezin yapımında kullanılan ara ürünlerin (eklem, ayak, tüp, adaptör, vakum pompası, kilitlet sistemi vb.) hastanın kilosu ile uyumlu olması gerekmekte olup, sağlık kurulu raporunda hastanın kilosu belirtilmelidir.
- (12) Sağlık kurulu raporlarında hastaların aktivite seviyeleri (K3) veya (K4) şeklinde tek bir aktivite seviyesi belirtilir.
- (13) Uygulama Merkezlerinde hastaların durumlarına göre protezin yapımında monosentrik ya da polisentrik diz eklemli kullanılacaktır.
- (14) Uygulama Merkezleri yaptıkları protezlerin yukarıda belirtilen teknik özelliklere haiz olduğunu taahhüt etmesi gerekmektedir.
- (15) Aktif çalışan ve/veya öğretilen olan hastalarla temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır.
- (16) Protezin temininde ilişkin sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin birlikte bulunduğu üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Bu sağlık kurulu raporlarının protezin yapımından önce Ankara Şehir Hastanesi, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi veya Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesince düzenlenen sağlık kurulu raporları ile onaylanması gerekmektedir.
- (17)Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporlarının 16'nı maddede belirtilen sağlık hizmeti sunucularından herhangi biri tarafından onaylanması halinde; fatura tarihinden önce Ankara Şehir Hastanesi, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesince veya protez-ortez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelerin sağlık kurullarınca ilgili merkez tarafından protezin hastaya uygulanması, protezin kullanılması ilişkin eğitim aldığı ve hastanın protezi kullanabildiğine dair sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

|        |                                                                                                                                                     |  |   |       |  |           |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|-------|--|-----------|
|        | <b>B2/1-SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZLERİ</b>                                  |  |   |       |  |           |
| OP1576 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                                |  | İ | 5 yıl |  | 52.360,00 |
| OP1577 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                  |  | İ | 5 yıl |  | 58.072,00 |
| OP1578 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                             |  | İ | 5 yıl |  | 59.500,00 |
| OP1579 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ |  | İ | 5 yıl |  | 59.500,00 |
| OP1580 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                             |  | İ | 5 yıl |  | 80.920,00 |

|        |                                                                                                                                                     |  |   |       |  |           |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|-------|--|-----------|
| OP1581 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ |  | 1 | 5 yıl |  | 80.920,00 |
|        | <b>B2/2- SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZLERİ</b>                                            |  |   |       |  |           |
| OP1582 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                                                           |  | 1 | 5 yıl |  | 52.360,00 |
| OP1583 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                             |  | 1 | 5 yıl |  | 58.072,00 |
| OP1584 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMLİ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                              |  | 1 | 5 yıl |  | 59.500,00 |
| OP1585 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ            |  | 1 | 5 yıl |  | 59.500,00 |
| OP1586 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ            |  | 1 | 5 yıl |  | 80.920,00 |
|        | <b>B2/3- SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZLERİ</b>                                            |  |   |       |  |           |
| OP1587 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                                           |  | 1 | 5 yıl |  | 54.740,00 |
| OP1588 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                             |  | 1 | 5 yıl |  | 60.452,00 |
| OP1589 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                        |  | 1 | 5 yıl |  | 61.880,00 |
| OP1590 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ            |  | 1 | 5 yıl |  | 61.880,00 |
| OP1591 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                        |  | 1 | 5 yıl |  | 83.300,00 |
| OP1592 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ            |  | 1 | 5 yıl |  | 83.300,00 |
|        | <b>B2/4- SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZLERİ</b>                                                       |  |   |       |  |           |
| OP1593 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                                                                      |  | 1 | 5 yıl |  | 54.740,00 |
| OP1594 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                                        |  | 1 | 5 yıl |  | 60.452,00 |
| OP1595 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMLİ DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                                                 |  | 1 | 5 yıl |  | 61.880,00 |
| OP1596 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                       |  | 1 | 5 yıl |  | 61.880,00 |
| OP1597 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                       |  | 1 | 5 yıl |  | 83.300,00 |
|        | <b>B2/5- DİZ EKLEMLİ HİDROLİK KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZLERİ</b>                                                                |  |   |       |  |           |
| OP1598 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                              |  | 1 | 5 yıl |  | 61.880,00 |
| OP1599 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                                         |  | 1 | 5 yıl |  | 64.260,00 |
|        | <b>B3- MİKROİŞLEMCİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ PROTEZLER</b>                                                                                             |  |   |       |  |           |

**A- Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1) Aktivite seviyesi (K3) veya (K4) olan hastalarda ödenir.
- (2) Diz eklemnin aktivite seviyesi hastanın aktivite seviyesiyle uyumlu olacak. Protezin yapımında diz eklemi aktivite seviyesi hastanın aktivite seviyesinin altında olması halinde protez bedeli Kurumca karşılanmaz.
- (3) Karbon ayak ve kilifi fiyata dahildir. Karbon ayak ile diz eklemnin aktivite seviyesi uyumlu olacak.
- (4) Protezler ile birlikte, Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olan TITUBB/ÜTS kayıt işlemleri tamamlanmış bir çift liner (silikon, poliüretan, jel ya da membranlı) ve bir çift jel/silikon dizlik verilir. Ayrıca protezin yapımında kullanılan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği kapsamında olan diğer ara ürünlerinde TITUBB/ÜTS kayıt işlemleri tamamlanmış olması gerekmektedir.
- (5) Silikon liner kilitlet/kilitsiz sistem soketli protezler ile birlikte, bir çift silikon liner verilir. Bir çift linerin bedeli fiyata dahildir.
- (6) Aktif ve pasif vakum sistem soketli diz dezartikülasyon protezleri ile birlikte bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı) ve bir çift jel/silikon dizlik verilir. Bir çift liner ve dizliğin bedeli fiyata dahildir.
- (7) Diz üstü ve diz dezartikülasyon aktif vakum dizliksiz süspansiyon alan protezlerde "membranlı liner" haricinde ki linerler bedelleri Kurumca karşılanmaz.
- (8) Dizliksiz süspansiyon olabilen protezlerde dizlik kullanılmadığından, bu protezler ile birlikte bir çift liner (poliüretan, jel ya da membranlı) verilir. Bir çift linerin bedeli fiyat dahildir.
- (9) Kalça dezartikülasyon protezlerinde liner ve jel/silikon dizlik kullanılmadığından fiyata dahil değildir.
- (10) Diz eklemnin bükülme açısı asgari 120 derece olacak.
- (11) Mikroışlemleri eşamanı olarak tepki verecek.
- (12) Diz eklemnin merdivne/rampa inme süreli olacak.
- (13) Diz eklemi batarya/pil şart tüketim süresi asgari 36 saat olacak. Şarj bittiğinde diz eklemi bloke olmayacak, mekanik olarak kullanılabilir.
- (14) Protezin yapımında kullanılan ara ürünlerin (eklem, ayak, tüp, adaptör, vakum pompası, kilis sistemi vb.) hastanın kilosu ile uyumlu olacak. Hastanın kilosu sağlık kurulu raporunda belirtilir.
- (15) Sağlık kurulu raporlarında hastaların aktivite seviyesi (K3) veya (K4) şeklinde tek bir aktivite seviyesi olarak belirtilir.
- (16) Uygulama Merkezleri yaptıkları protezlerin yukarıda belirtilen teknik özelliklere hata olduğunu taahhüt etmesi gerekmektedir.
- (17) Aktif çalışan ve/veya eğretilen olan hastalarda temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır.
- (18) Protezin teminine ilişkin sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin birlikte bulunduğu üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Bu sağlık kurulu raporlarının protezin yapımından önce Ankara Şehir Hastanesi, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi veya Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesince düzenlenen sağlık kurulu raporları ile anılanması gerekmektedir.
- (19) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporlarının 19'inci maddede belirtilen sağlık hizmeti sunucularından herhangi biri tarafından onaylanması halinde; fatura tarihinden önce Ankara Şehir Hastanesi, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesince veya protez-ortez üretim ve uygulamaları yapan Üniversitelerin sağlık kurullarınca ilgili merkez tarafından protezin hastaya uygulandığı, protezin kullanımına ilişkin eğitim aldığı ve hastanın protezi kullanabildiğine dair sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmektedir.

**B- Temin Edilme Şartları**

- (1) Aşağıdaki hallerde bedeli Kurumca karşılanmaz.
- (a) Hastanın 18 yaş altı ve 65 yaşının üstünde olması,
- (b) Soketin uygulanmasına engel olabilecek güdük bölgesinde komplike yara, tedaviye dirençli ağrı olması gibi durumlarda,
- (c) Protezin ağırlığının hasta tarafından tolere edilememesi,
- (d) Hastanın fonksiyonel seviyesinin K0-K1-K2 olması,"
- (e) Hastanın protez diz eklemnin salınım ve duruş faz özelliklerini kontrol edememesi,
- (f) Hastanın ambulansyonunu engelleyen denge bozukluğu veya ataksisinin olması,
- (g) Hastanın ampute ekstremitesinin kalça eklemine 20 derece üzeri fleksiyon kontraktürünün olması,
- (ğ) Hastanın diğer ekstremitesinde yürüyüş parametrelerini bozan veya engelleyen deformitenin bulunması,
- (h) Hastanın protezin işlevliğini ve kullanımını anlamaktaki bilişsel yetilerinde kısıtlılık olması,
- (ı) Hastanın 125 kg üzerinde ve 48 kg altında olması,
- (i) Bilateral amputasyumlu hastalarda, karşı taraf ekstremitenin diz dezartikülasyonu ve üzeri seviyede amputasyon olması veya dizaltı amputasyonu olup da protez uygulamaya uygun olmayan güdüğe sahip olması,
- (j) Periferik vasküler hastalık nedeni ile ampute olan hastalarda,
- (j) İlk kez protez olacak hastalarda öngörülmesi halinde, ilk kez protez olacak hastalarda öngörülmesi halinde, (geçici protezler hastaların ilk protezleri olarak değerlendirilmeyi.)
- (k) Hastanın mevcut fonksiyonel düzeyini sürdürmesini engelleyecek kas iskelet sistemi hastalığı, nörolojik / nöromusküler hastalık (ALS, inme, beyin hasarı, serebral palsi, Parkinson, Alzheimer, MS, Musküler distrofi,vb.), kardiyovasküler/pulmoner (KAH, KOAH, vb.) hastalığı, organ yetmezliği vb. kronik hastalıklarının bulunması.
- (2) Birinci fıkrada sayılan kriterleri taşımadığının sağlık kurulu raporu ile belirtilmesi durumunda bedeli Kurumca karşılanır.
- (3) Hastanın daha önce protez kullandığı ve kullanmakta olduğu protezin sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.Ancak sağlık kurulu tarafından talep edilmesi halinde hastanın daha önce kullanmakta olduğu protezin teminine ilişkin fatura veya resmi kurumlardan alınmış onaylı belgenin sağlık kurulluna ibraz edilmesi gerekmektedir. Sağlık kurulluna hastanın kullanmakta olduğu protezin SUT' ta yer alan mat süresi dikkate alınacaktır.
- (4) Hastanın iyşantısı, mesleki gereklilik, öğrençlilik, farklı zemin, rampa veya sürekli merdiven kullanma gibi durumlarda, mevcut protezi ile yardım almaksızın (yürürme yardımcısı kullanılmaksızın) bağımsız yürüyebildiğinin ve günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebildiğinin sağlık kurulu raporunda belirtilmesi gerekmektedir.
- (5) Aktif çalışan ve/veya eğretilen olan hastalarda bedeli kurumca karşılanır.
- (6) Hastanın, protezin çalışmasını ve kullanımını engelleyecek derecede sırt nem, toz, yüksek gerilim ve elektromanyetik alan gibi özel çevresel faktörlerin olduğu ortamlarda çalışmıyacağını belgelemesi veya taahhüt etmesi gerekmektedir

| B3/1- SALINIM FAZİ MIKROİŞLEMLİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZLERİ |                                                                                                                                         |  |   |        |  |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--------|--|------------|
| OP1600                                                                                                            | SALINIM FAZİ MIKROİŞLEMLİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                               |  | I | 10 yıl |  | 100.800,00 |
| OP1601                                                                                                            | SALINIM FAZİ MIKROİŞLEMLİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LINER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ |  | I | 10 yıl |  | 109.824,00 |
| OP1602                                                                                                            | SALINIM FAZİ MIKROİŞLEMLİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEMMODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ             |  | I | 10 yıl |  | 104.580,00 |

|        |                                                                                                                                                          |  |   |        |  |            |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|--------|--|------------|
| OP1603 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ |  | 1 | 10 yıl |  | 104.580,00 |
| OP1604 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                             |  | 1 | 10 yıl |  | 115.920,00 |
| OP1605 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ |  | 1 | 10 yıl |  | 115.920,00 |
|        | <b>B3/2- SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZLERİ</b>                                            |  |   |        |  |            |
| OP1606 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                                                           |  | 1 | 10 yıl |  | 100.800,00 |
| OP1607 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                             |  | 1 | 10 yıl |  | 103.824,00 |
| OP1608 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMLİ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                              |  | 1 | 10 yıl |  | 104.580,00 |
| OP1609 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ            |  | 1 | 10 yıl |  | 104.580,00 |
| OP1610 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ            |  | 1 | 10 yıl |  | 115.920,00 |
|        | <b>B3/3- SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZLERİ</b>                                             |  |   |        |  |            |
| OP1611 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                                            |  | 1 | 10 yıl |  | 110.880,00 |
| OP1612 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                              |  | 1 | 10 yıl |  | 113.904,00 |
| OP1613 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                         |  | 1 | 10 yıl |  | 114.660,00 |
| OP1614 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ             |  | 1 | 10 yıl |  | 114.660,00 |
| OP1615 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                         |  | 1 | 10 yıl |  | 126.000,00 |
| OP1616 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ             |  | 1 | 10 yıl |  | 126.000,00 |
|        | <b>B3/4- SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZLERİ</b>                                                        |  |   |        |  |            |
| OP1617 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                                                                       |  | 1 | 10 yıl |  | 110.880,00 |
| OP1618 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMSİZ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                                         |  | 1 | 10 yıl |  | 113.904,00 |
| OP1619 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, SİLİKON LİNER KİLİT SİSTEMLİ MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                                          |  | 1 | 10 yıl |  | 114.660,00 |
| OP1620 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, PASİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                        |  | 1 | 10 yıl |  | 114.660,00 |
| OP1621 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, AKTİF VAKUM SİSTEM DİZLİKSİZ SÜSPANSE OLABİLEN MODÜLER DİZ ÜSTÜ PROTEZİ                        |  | 1 | 10 yıl |  | 126.000,00 |
|        | <b>B3/5- DİZ EKLEMLİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZLERİ</b>                                                                 |  |   |        |  |            |
| OP1622 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                              |  | 1 | 10 yıl |  | 105.840,00 |
| OP1623 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ                                                          |  | 1 | 10 yıl |  | 115.920,00 |
|        | <b>C- PROTEZ ARA ÜRÜNLERİ</b>                                                                                                                            |  |   |        |  |            |
|        | <b>C1- DİZ EKLEMLERİ</b>                                                                                                                                 |  |   |        |  |            |

- (1) Bu listede yer alan pnömatrik ve hidrolik diz eklemli diz dezartikülasyon, diz üstü ve kalça dezartikülasyon protezlerinin tamir bakım işlemlerinde öngörülmesi halinde bedelli Kuruma karşılır.
- (2) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporu gerekmektedir.

|        |                                                                         |                                                                                                                                                                                                       |   |       |  |           |
|--------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--|-----------|
|        | <b>C1/1- PNÖMATİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLERİ</b>                           |                                                                                                                                                                                                       |   |       |  |           |
| OP1624 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMİ DEĞİŞİMİ |                                                                                                                                                                                                       | 1 | 2 yıl |  | 13.090,00 |
|        | <b>C1/2- HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLERİ</b>                           |                                                                                                                                                                                                       |   |       |  |           |
| OP1625 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMİ DEĞİŞİMİ |                                                                                                                                                                                                       | 1 | 3 yıl |  | 28.560,00 |
| OP1626 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMİ DEĞİŞİMİ            |                                                                                                                                                                                                       | 1 | 3 yıl |  | 30.940,00 |
|        | <b>C2- KARBON AYAKLAR</b>                                               |                                                                                                                                                                                                       |   |       |  |           |
| OP1627 | KARBON AYAK DEĞİŞİMİ (K2)                                               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 3 yıl |  | 3.622,50  |

**Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1) Karbon ayak esnek, hafif, plantar fleksiyon yapabilen, karbon kompozitten üretilmiş olmalıdır.

|        |                           |                                                                                                                                                                                                       |   |       |  |          |
|--------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--|----------|
| OP1628 | KARBON AYAK DEĞİŞİMİ (K3) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 3 yıl |  | 4.830,00 |
|--------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--|----------|

**Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1) Esnek, hafif, inversiyon, eversiyon, plantar fleksiyon ve torsiyon yapabilen karbon kompozitten üretilmiş olmalıdır.

|        |                           |                                                                                                                                                                                                       |   |       |  |          |
|--------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--|----------|
| OP1629 | KARBON AYAK DEĞİŞİMİ (K4) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 3 yıl |  | 7.245,00 |
|--------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|--|----------|

**Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1) Esnek, hafif, inversiyon, eversiyon, plantar fleksiyon, torsiyon ve dikey yükleme yapabilen karbon kompozitten üretilmiş olmalıdır.

|        |                            |                                                                                                                                                                                                       |   |  |                                                                                                                         |          |
|--------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| OP1630 | KARBON AYAK KILIF DEĞİŞİMİ | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |  | Sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde protezin miat süresi içerisinde bir defaya mahsus bedelli Kuruma karşılır. | 1.260,00 |
|        | <b>C3- LİNERLER</b>        |                                                                                                                                                                                                       |   |  |                                                                                                                         |          |

- (1) Aktif , pasif vakum ve dizliksiz süspansiyon olabilen pasif vakum sistemli protezlerin bakım onarım işlemlerinde öngörülmesi halinde liner bedelli Kuruma karşılır.
- (2) Protezler ile birlikte bir çift verildiğinden 1 (bir) yıldan önce bedelli karşılanmaz. İlk yıl sonunda repete edilmesi halinde ise protezin miat süresince yılda 1 (bir) adet karşılır.
- (3) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporu gerekmektedir.

|        |                                  |  |   |       |  |          |
|--------|----------------------------------|--|---|-------|--|----------|
| OP1527 | POLİÜRETAN LİNER DEĞİŞİMİ        |  | 1 | 1 yıl |  | 4.200,00 |
| OP1528 | JEL LİNER DEĞİŞİMİ               |  | 1 | 1 yıl |  | 4.200,00 |
| OP1529 | MEMBRANLI SİLİKON LİNER DEĞİŞİMİ |  | 1 | 1 yıl |  | 5.964,00 |
| OP1530 | JEL/SİLİKON DİZLİK DEĞİŞİMİ      |  | 1 | 1 yıl |  | 1.260,00 |
|        | <b>C4- VENTİLLER</b>             |  |   |       |  |          |

(1) Pasif ve dizliksiz süspansö obaleblen pasif vakum soket sistemli protezlerin tamir bakım işlemlerinde fatura edilmesi halinde bedeli Kuruma karşılanır.

(2) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporu gerekmektedir.

|        |                                                      |  |  |   |       |  |          |
|--------|------------------------------------------------------|--|--|---|-------|--|----------|
| OP1531 | TEK İŞLEVİLİ VENTİL DEĞİŞİMİ                         |  |  | 1 | 2 yıl |  | 644,00   |
| OP1532 | İKİ İŞLEVİLİ VENTİL DEĞİŞİMİ                         |  |  | 1 | 2 yıl |  | 966,00   |
| OP1533 | ÜÇ İŞLEVİLİ VENTİL DEĞİŞİMİ                          |  |  | 1 | 2 yıl |  | 1.610,00 |
|        | D- ALT EKSTREMİTE ORTEZLER                           |  |  |   |       |  |          |
| OP1333 | FONKSİYONEL ELEKTRİK STİMÜLASYONLU DÜŞÜK AYAK ORTEZİ |  |  | 1 | 3 yıl |  | 9.520,00 |

(1) Ortezlin teminine ilişkin sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin birlikte bulunduğu üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenecektir. Bu sağlık kurulu raporlarının ortezlin yapımından önce Ankara Şehir Hastanesi, Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi veya Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesince düzenlenen sağlık kurulu raporları ile onaylanması gerekmektedir.

(2) Aktif çalışan ve/veya öğrenci olan hastalarca temin edilmesi halinde Kuruma karşılanır.

|        |                     |  |  |   |       |  |          |
|--------|---------------------|--|--|---|-------|--|----------|
| OP1335 | KARBON KOMPOZİT AFO |  |  | 1 | 3 yıl |  | 3.808,00 |
|--------|---------------------|--|--|---|-------|--|----------|

(1) Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporu gerekmektedir.

(2) Aktivite seviyesi (K3) veya (K4) olan hastalarca temin edilmesi halinde Kuruma karşılanır.

(3) Aktif çalışan ve/veya öğrenci olan hastalarca temin edilmesi halinde Kuruma karşılanır.

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuraları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımlarını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuraları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.

#### ÖZEL KOŞULLAR

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | Aktif vakum sistemli ve aktif vakum sistem dizliksiz süspansö obaleblen alt ekstremite protezlerinin bedelleri: güdük volüm değişikliği fazla olan hastalarda, diyaliz hastalarında, güdük distaline ağırlık aktarmayan hastalarda, nöroma gibi hastanın güdüküne ağırlık aktarılmasını engelleyen sorunlara sahip hastalarda, sistemi idrak edecek kognitif becerisi olmayan hastalarda, büyüme ve gelişme çağındaki olan hastalarda öngörülmesi halinde Kuruma karşılanmaz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 2 | Güdükte hacim değişikliğinin sağlık raporu ile belgelendirilmesi halinde soket değişimi bedeli, güdükte hacim ve boy değişikliğinin sağlık raporu ile belgelendirilmesi halinde ise soket, tüp ve fom değişimi bedeli Kuruma karşılanır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 3 | Reamputasyona bağlı olarak farklı tip protez (amputasyon seviyesindeki değişiklik nedeni ile örneğin diz altı protez kullanan hastanın diz dezartikülasyonu veya diz üstü protez kullanması gibi) kullanması gerekliliğinin sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde miat süresine bakılmaksızın hastanın yeni protez hakkı doğar.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 4 | Miat süresi içerisinde hastaya birden fazla sayıda protez veya ortez yazılması halinde, detaylı muayene bulguları ile birlikte gerekçesi belirtilen sağlık kurulu raporu istenir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 5 | "MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER" başlıklı bölümde yer alan protez ve ortezlerin temini halinde, fatura üzerinde protez ortezin yapımında kullanılan ürünlerin marka, model, seri numarası ve menşei belirtilmelidir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 6 | Bu listede yer alan tıbbi malzeme bedelleri; 2918 sayılı Karayolları Trafik Kanununun 98 inci maddesi kapsamında tedavi giderleri karşılanan kişiler için % 1 oranında artırımlı olarak ödenecektir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 7 | (a) OP1158, OP1163, OP1165 ve OP1221 kodlu protezler soket ve ayak parçalarından oluştuğundan, bünyesinde protez ortez atölyesi olan sağlık hizmet sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında her iki parçanın da kullanılamaz durumda olduğunun belirlenmesi halinde garanti süresi sonundaki yenileme talepleri bakım onarım masraflarının protez bedelinin %75 aşması durumundaki şartlar aranmaksızın Kuruma karşılanır.<br>(b) OP1214, OP1215, OP1216, OP1217 kodlu parşiyel ayak protezleri ve listede yer alan ortopedikler tek bir parçadan oluşması ve ikinci bir bağlantı parçasının olmaması nedeniyle bünyesinde protez ortez atölyesi olan sağlık hizmet sunucularınca düzenlenecek sağlık kurulu raporlarında protezin kullanılamaz durumda olduğunun belirlenmesi halinde garanti süresi sonundaki yenileme talepleri bakım onarım masraflarının protez bedelinin %75 aşması durumundaki şartlar aranmaksızın Kuruma karşılanır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 8 | Büyüme ve gelişme çağındaki olan hastalarda;<br>(a) Güdükte hacim değişikliğinin sağlık raporu ile belgelendirilmesi halinde soket değişimi bedeli, güdükte hacim ve boy değişikliğinin sağlık raporu ile belgelendirilmesi halinde ise soket, tüp ve fom değişimi bedeli yenilenme süresinden önce Kuruma karşılanır.<br>(b) Bakım ve onarım işlemlerinde kalça ve diz eklemleri değişimine ilişkin talepler 2 yıldan, ayak değişimine ilişkin talepler ise 18 aydan önce karşılanmaz.<br>(c) Reamputasyona bağlı olarak farklı tip protez (amputasyon seviyesindeki değişiklik nedeni ile örneğin diz altı protez kullanan hastanın diz dezartikülasyonu veya diz üstü protez kullanması gibi) kullanması gerekliliğinin sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde miat süresine bakılmaksızın hastanın yeni protez hakkı doğar.<br>(ç) Protezlerin yenilenmesine ilişkin talepler 2 yıldan önce karşılanmaz. İlk yıl sonundaki yenileme talepleri ise;<br>1-Protezlerin büyüme ve gelişmeye bağlı kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık raporu ile belgelenmesi koşuluyla süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda Kuruma karşılanır.<br>2-Protezin bakım ve onarımının mümkün olmadığı durumda ise, protez/ortez oluştuğu ürünlerin hangilerinin bakım ve onarımının mümkün olmadığı ayrıntılı olarak belirtildiği, bünyesinde protez/ortez ünitesi bulunduran resmi kurumlar/resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenmiş sağlık raporu ile belgelенmesi koşuluyla, ilgili parçaların bakım/onarım masraflarının toplam bedelinin protez/ortez bedelinin %75'ini aşması halinde süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda Kuruma karşılanır.<br>(d) Ortezler de ise miat süresinden önce yenilenme talepleri Kuruma karşılanmaz. Ancak büyüme ve gelişmeye bağlı kullanılmadığı ve yenilenmesi gerektiğinin sağlık raporu ile belgelенmesi koşuluyla süresinden önce SUT hükümleri doğrultusunda Kuruma karşılanır. |

**PROTEZLİ BİREYİN FONKSİYONEL SINIFLANDIRILMASI**

| K Kodu<br>Düzeyi | Fonksiyonel Düzey                                                                          | Aktivite Düzeyi                                                                                                                                                                                                                            |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| K0               | Ambulasyon veya transfer potansiyeli yok                                                   | Yardımla veya yardımsız ambulasyon veya transfer potansiyeli veya becerisi yok ve bir protez hayat kalitesini veya mobilitesini artırmaz.                                                                                                  |
| K1               | Transfer dahil olmak üzere potansiyel ev içi ambulasyonu                                   | Sabit adım sayısında, düz yüzeylerde protez kullanma potansiyeli veya becerisi var. Kısıtlı veya kısıtlama olmaksızın ev içi ambulasyonu tipiktir.                                                                                         |
| K2               | Potansiyel kısıtlı toplum içi ambulasyon                                                   | Düşük seviyede çevresel engelleri örneğin kaldırım, merdiven veya düzensiz yüzeyleri geçerek ambule olma potansiyeli veya becerisi vardır. Kısıtlı toplum içi ambulasyonu tipiktir.                                                        |
| K3               | Değişken adım sayılarında (kadans) toplum içi ambulasyon, terapötik egzersiz veya iş dahil | Değişken adım sayılarında ambulasyon potansiyeli veya becerisi vardır. Toplum içi ambulasyon tipiktir, çoğu çevresel engelleri aşabilir, işi olabilir, basit yürümenin ötesinde terapötik veya egzersiz aktivitelerini yerine getirebilir. |
| K4               | Normal ambulasyon becerilerinin üzerinde yüksek aktivite kullanıcı                         | Temel ambulasyon becerilerinin ötesinde, yüksek darbe, stres veya enerji seviyelerinde ambulasyon potansiyeli veya becerisi var. Çocuğun, aktif erişkin veya atletin protez ihtiyacı için tipiktir.                                        |

| DİĞER PROTEZ ORTEZLER LİSTESİ (EK-3/C-3)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |    |             |                |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------|----------------|-----------------|
| SUT KODU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI                                                                        |    | MIAT SÜRESİ | ÖZEL KOŞULLAR  | SUT FİYATI (TL) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>MEME PROTEZİ</b>                                                                              |    |             |                |                 |
| DO1000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | MEME PROTEZİ                                                                                     | C  | 2 yıl       |                | 1.859,20        |
| (1) Mastektomi ameliyatı sonrasında sağlık kuru raporıyla gerekli görülmesi halinde askılık ile birlikte Kuruma bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                  |    |             |                |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>VARİS ÇORABI, ANTIEMBOİZM ÇORABI VE MANŞONU</b>                                               |    |             |                |                 |
| DO1001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | VARİS ÇORABI                                                                                     | *  | 6 ay        | Çift fiyattır. | 190,40          |
| DO1002                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ANTIEMBOİZM BASINÇ ÇORABI                                                                        | C* | 6 ay        |                | 64,40           |
| (1) Antiembolizm basınç çorabı, yalnız derin ven trombozu profilaksisi endikasyonunda kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| DO1003                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ANTIEMBOİZM BASINÇ MANŞONU                                                                       | C* | 6 ay        |                | 212,80          |
| (1) Antiembolizm basınç manşonu, derin ven trombozu profilaksisi, lenfödem, kronik venöz yetmezlik ve komplikasyonlarının tedavilerinde kullanılması halinde Kuruma bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                  |    |             |                |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>İŞİTME CİHAZI VE KULAK KALIBI</b>                                                             |    |             |                |                 |
| DO1004                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | DİJİTAL PROGRAMLANABİLİR İŞİTME CİHAZI                                                           |    | 5 yıl       |                | 4.239,20        |
| DO1005                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | KULAK KALIBI                                                                                     |    |             |                | 61,60           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>KONUŞMA CİHAZI</b>                                                                            |    |             |                |                 |
| DO1006                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | KONUŞMA CİHAZI                                                                                   | C  | 5 yıl       |                | 4.200,00        |
| (1) İkinci veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından sağlık kuru raporu ile belirlenmek kaydıyla konuşma cihazı bedelleri Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| (2) İlgiliğin kusuru olmaması garanti süresi dışında cihazın anlaşılmaması nedeniyle kullanılmaması hâle geldiğinde ikinci veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kuru raporu ile belirlenmesi ve Kuruma onayının sağlanmaması halinde, süresinden önce yenilenmesi mümkündür.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                  |    |             |                |                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>ASPIRATÖR CİHAZI</b>                                                                          |    |             |                |                 |
| DO1007                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | EV TİPİ ASPIRATÖR                                                                                |    | 1 defa      |                | 1.360,80        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>NEBÜLİZATÖR CİHAZI</b>                                                                        |    |             |                |                 |
| (1) Nebülizatör cihazı verilmesine ilişkin sağlık kuru raporlarının,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| a) Erişkin hastalar için; göğüs hastalıkları veya akciğer hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kuru tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| b) Çocuk hastalar için; çocuk alerjisi uzmanı veya çocuk göğüs hastalıkları uzmanı, bu uzman hekimlerin bulunmadığı sağlık hizmeti sunucularında çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlarından en az birinin yer aldığı sağlık kuru tarafından düzenlenmesi gerekmektedir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| (2) Sağlık kuru raporu ekinde solunum fonksiyon testi (SFT) ve gereksinimi arteriyel kan gazı (AKG) sonuçlarını gösterir belge eklenecektir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| (3) Kompresör tipi nebulizatör bedelleri Kuruma karşılacak olup ultrasonik nebulizatör bedelleri Kuruma karşılmaz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| a) Erişkin hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak; inhaler preparatları ve inhaler preparatların kullanılmasına yardımcı aletleri (airchamber, spacer v.b.) kullanılmadığı sağlık kuru raporu ile belirlenene,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| b) (1000) kronik akciğer hastalığı olanlarda; FEV1 ≤ %40 ise AKG değerlerine bakılmaksızın, FEV1 > %40 ise AKG'da PaO2 ≤ 55 mmHg veya SaO2 ≤ %88 olması.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| c) Peristan astımlı hastalarda; FEV1 veya PEFr ≤ %60 veya FEV1 veya PEFr %60-80 arasında olup günlük PEFr veya FEV1 değeri için %30'un üzerinde,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| d) Bronşiektazi tanısı ile birlikte kalıcı hava yolu obstrüksiyonu olan hastalarda; stabil dönemde FEV1 ≤ %40 olduğu sağlık kuru raporunda belirlenmesi ve dayanağı belgelerin rapor ekinde yer alması koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| (5) Çocuk hastalarda cihazın verilmesine ilişkin olarak;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| a) Peristan astımlı hastalarda; FEV1 veya PEFr ≤ %60 olan veya FEV1 veya PEFr %60-80 arasında olup günlük PEFr veya FEV1 değeri için %30'un üzerinde olması veya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| b) 14 (on dört) yaşın üstündeki hastalarda; FEV1 veya PEFr ≤ %40 olması veya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| c) 6 (altı) yaşın altındaki hastalar ve 6 (altı) yaşın üstünde olup ek sorunu (örneğin nörolojik bir sorun) nedeniyle solunum fonksiyon testi yapılmayan hastalarda bu durumun sağlık kuru raporunda belirlenmesi koşuluyla nebulizatör cihazı bedelleri Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| d) Astımlı çocuklarda sadece ağır veya çok ağır (hayat tehdit eden) astım krizlerinde kan gazı değişikliği olabilir. Astım krizinde olmayan peristan ağır astımlı olan çocuklarda arteriyel kan gazı sonuçları, ister 6 yaş altı ister 6 yaş üstü olsun nebulizatör cihaz endikasyonu için anımsaz.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| (6) Solunum fonksiyon testi yapılmayan ve kronik akciğer hastalığı tanısı almış çocuklarda, bronkopulmoner displazi, bronşiolit obliterans tanılı hastalarda, interkostal adeleleri çalışmayan veya mental retarde (IQ ≤ 40) olan nörolojik sorunu hastalarda PaO2 ≤ 55 mmHg veya SaO2 ≤ %88 olması halinde bu durumun sağlık kuru raporunda belirlenmesi gerekmektedir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| DO1008                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NEBÜLİZATÖR                                                                                      |    | 1 defa      |                | 417,20          |
| DO1009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ VE TUPU                                                                    |    | 10 yıl      |                | 7.826,00        |
| (1) En az 5 lt/dk lt oksijen konsantratorü temin edilmesi halinde Kuruma bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| DO1072                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OKSİJEN TUPU VE MANOMETRESİ (5 LT)                                                               |    |             |                | 585,20          |
| DO1010                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | OKSİJEN TUPU VE MANOMETRESİ (10 LT)                                                              |    |             |                | 761,20          |
| DO1071                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | TAŞINABİLİR (PORTABLE) OKSİJEN KONSANTRATÖRÜ (5 KG ALTINDA, ŞARJLI VE YEDK BATARYA İLE BİRLİKTE) |    | 10 yıl      |                | 25.132,80       |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>NON-INVAZİF MEKANİK VENTİLASYON CİHAZLARI</b>                                                 |    |             |                |                 |
| DO1011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | CPAP CİHAZI                                                                                      |    | 10 yıl      |                | 2.723,60        |
| (1) Uyku da solunum bozukluğu hastalarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten, polisomnografik olarak; Apne indeks (AI) en az 15 (on beş) veya apne-hipopne indeksi (AHI) en az 30 (otuz) veya apne, hipopne ve solunum eforu sonucu uyanma sayısı gösteren solunum bozukluğu indeksi (RDI) en az 30 (otuz) olarak tespit edilen ve bu bilgilerin sağlık kuru raporu eki polisomnografi raporunda belirtilmesi olması kaydıyla veya AHI veya RDI 5-30 arasında olması birlikte artmış gündüz uyukuluk, bitişik etkilere, duygudurum bozuklukları, uykuzaşlık veya hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, inme veya uykuya ilişkin hipoventilasyon/hipoksik semptomlardan birinin varlığının sağlık kuru raporunda belirlenmesi koşuluyla; kullanılması gerekli görülün CPAP cihazı bedelleri Kuruma karşılır. |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| DO1012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AUTO CPAP                                                                                        |    | 10 yıl      |                | 5.443,20        |
| (1) Uyku da solunum bozukluğu hastalarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümleri ve CPAP cihazı verime kriterlerine ilaveten; pozisyonlu OÜAS, REM ile ilgili OÜAS, yüksek basınç tolere edemeyen veya sabit basınç cihazıyla (CPAP) tedaviyi tolere edemeyen hastalarda, bu durumun sağlık kuru raporunda belirlenmesi koşuluyla, kullanılması gerekli görülün AUTO-CPAP bedelleri Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| DO1013                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | BPAP S CİHAZI                                                                                    |    | 10 yıl      |                | 6.600,00        |
| (1) BPAP S cihazı için uyku da solunum bozukluğu hastalarında SUT "3.3.6.A-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten; yüksek nazal hava akımını tolere edemeyen veya pozitif basınç karşı nefes verme güçlüğü yaşayan OÜAS hastalarında veya Uyku ile ilgili hipoventilasyon/hipoksik semptomu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obasite-hipoventilasyon sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojilere bağlı hipoventilasyon/hipoksik vb) olan hastalarda; bu durumun düzenlenerek sağlık kuru raporunda belirlenmesi koşuluyla BPAP S cihazı bedelleri Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| (2) BPAP S cihazı için kronik solunum yetmezliğinde SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| a) Restriktif akciğer hastalıklarında;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| 1- PaCO2 ≥ 45 mmHg veya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| 2- En az 2 lt/dk ek hızında nazal O2 desteği altında O2 saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| 3- İlerleyici nöromusküler hastalıklar için maksimal inspiratuar basınç (MIP) ≤ 60 cm H2O veya FVC ≤ %50, olarak saptanması ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kuru rapor ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| b) Obstrüktif akciğer hastalıkları: Uygun bronkodilatör ve O2 tedavisine rağmen;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| 1- PaCO2 ≥ 55 mmHg veya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| 2- PaCO2 50 ve 54 mmHg arasında ise en az 2 lt/dk ek hızında nazal O2 desteği altında noktürnal O2 saturasyonunun 5 dk süreyle kesintisiz ≤ %88 veya                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| 3- PaCO2 50 ve 54 mmHg arasında olup, bir yıla ikiden fazla hiperkapnik atak nedeniyle sağlık hizmeti sunucuna yatırılan, obstrüktif akciğer hastalığı olan hastalarda; bu durumların sağlık kuru raporunda belirlenmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin (solunum fonksiyon testi, arteriyel kan gazı ölçümü) sağlık kuru rapor ekinde yer alması koşuluyla BPAP-S cihazı bedelleri Kuruma karşılır. (Hasta solunum fonksiyon testi yapılmıyorsa bu durumun sağlık kuru raporunda açıkça belirtilmelidir.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                  |    |             |                |                 |
| DO1014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | BPAP S/T                                                                                         |    | 10 yıl      |                | 7.824,60        |

(1) Uyku solunum bozukluğu hastalarında SUT "3.3.6.2.1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilavette; uykı ile ilişkili hipopontiasyn/hipokseim sendromu (restriktif akciğer hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, obstrüktif-pontiasyn sendromu, pulmoner parankimal veya vasküler patolojiler bağıli hipopontiasyn/hipokseim vb) olan hastalarda, spontan solunum ve tetikleme gücünün yetersiz olduğunun değerlendirilene sağık kuru raporında belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T cihaz tedavileri uygulanabilir.

(2) Kronik solunum yetmezliğinde SUT "3.3.6.4-2" maddesinde yer alan genel hükümlere ve BPAP S cihazı için tanımlanmış kriterlere ek olarak; inspirasyon basıncı yüksekliği (İPAP  $\geq 20$  cm H<sub>2</sub>O) veya yoğun bakımda izlendiği dönemlerde apne saptanan hastalarda, bu durumların sağlık kuruluşu raporunda belirtilmesi ve bunlara ilişkin kanıtlayıcı belgelerin sağlık kuruluşu raporu ekinde yer alması koşuluyla BPAP S/T cihazı bedelleri Kuruma karşılır.

|        |                |  |  |        |  |          |
|--------|----------------|--|--|--------|--|----------|
| DC1015 | BPAP S/T AVAPS |  |  | 10 yil |  | 7.824,60 |
|--------|----------------|--|--|--------|--|----------|

(1) Uykuyla solunum bozukluğu hastalarında SUT "3.3.3.A.2" maddesinde yer alan genel hükümlere lafazan; polisomnografi eşliğinde yapılan BPAP S/T tetrasyonunda yeterli tidal volüm sağlanmadığı veya uykuyla solunum bozukluğunun ortadan kaldırılmadığı hastalarda, nöromüsküler ve göğüs duvarı bozukluklarına bağlı veya ile ilişkili hipoksiyet/hipoksiemi olan restriktif akciğer hastalıkları olan hastalarda (ALS, obezite-hiperventilasyon sendromu, kifoskolioz vb.) bu durumun çizimenecek sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla BPAP S/T AVAPS cihazı tedavileri/hipnoksemi kurşunları uygulanabilir.

(2) Uyku solunum bozukluğu hastalıkları dışında kalan olgularda ise SUT "3.3.6.A-2" maddesinde yer alan genel hükümlere laiveten; nöromusküler ve göğüs duvarı bozukluklarına bağlı uyku ile ilişkili hipopnöyali/hipoksiemi olan restriktif akciğer hastalığı olan hastalarda (ALS, obezite-hiperventilasyon sendromu, kofakoziyoz vb.) hastanede yatışı süresinde BPAP S/T titrasyonunda yeterli tidal volüm sağlanamıyorsa, BPAP S/AVAPS cihazından fayda görüldüğü ve yeterli tidal volüm sağlandığından BPAP S/T cihazı kullanımı öncesi ve sonrası ölçülen arter kan gaz değerlerinin (PO2, PCO2, O2sat) açık kurulu raporunda belirtilmesi koşuluyla (polisomnografi testi şartı aranmaksızın) öngörülen BPAP S/T AVAPS cihaz bedelleri Kurumca karşılanır.

|        |                                                        |  |        |           |
|--------|--------------------------------------------------------|--|--------|-----------|
| DO1016 | ADAPTİF BASINÇ DESTEKLİ SERVO VENTİLASYON (ASV) CİHAZI |  | 10 yıl | 12.000,00 |
|--------|--------------------------------------------------------|--|--------|-----------|

(1) Uykuda solunum bozukluğu hastalıklarında SUT "3.3.6.4-1" maddesinde yer alan genel hükümlere ilaveten;

a) İlk gece polisomnografi tetkiki sırasında santral uyku apne sendromu, Cheyne-Stokes solunumu sendromu veya kompleks uyku apnesi tanısı olan hastalarda, tırasıyan gecesinde sırasıyla CPAP ve BPAP S/T tedavilerinin uyku ile ilişkili sorunum bızokunu düzeltmemesi ve ardından polisomnografi eşliğinde başanlı ASV tırasıyonu yapılmış olmasi durumunda, bu durumun düzenlenecek sağık kurulu raporunda belirtilmesi kısıpulya ASV cihazı tedavileri Kurumca karşılanır.

[illegible]

(1) invaziv mekanik ventilasyon cihazının uygulama endikasyonları;

a) Akut solunum yetmezliği sonrasında yoğun bakımdan çıkışına engel kalmayacak şekilde diğer sistem hastalıkları tedavi edildiği ve kronik tedavi uygulamaları düzenlendiği halde invaziv solunum desteğinden ayrılmayan veya ayrılma olasılığı olmayan trakeostomili hastalarda,

b) Kronik ve/veya ilerleyici solunum yetmezliği veya başka kronik organ disfonksiyonlarına sekonder solunum yetmezliği nedeni ile non-invaziv mekanik ventilasyon uygulamasının yetersiz kaldığı, yapılmadığı veya yapılmasının kontrendike olduğu ve sürekli olarak invaziv solunum desteği ihtiyacı olan hastalarda, kullanılması halinde ev tipi mekanik ventilatör cihazı bedeli Kuruma karşılanır.

2) Çizilme temini için hastayı takip eden uzman hekimin ve yoğun bakım sorumlusu uzman hekimin (% hastalıkları, göğüs hastalıkları, anestezi ve reanimasyon, nöroloji, hastanın çocuk olması halinde ise çocuk hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları, çocuk yoğun bakım uzmanları) yer aldığı, yoğun bakım ünitesi bulunan ikinci veya üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularınca ayrıntılı olarak düzenlenecek sağlık kurulu raporuna istinaden bedelleri Kuruma kargılanır.

(3) Raporda hastanın gereksinimine göre cihazın teknik özelliklerinin belirlenmesi gerekir. Bu teknik özellikler hastanın solunumsal stabilitesini sağlayan MV parametrelerini (Mod, Vt, frekans, tetikleme hassasiyeti), Pnsp, PEEP, FIO2, Inspiratuar akış hızı veya I:E oranı) kapsamalıdır.

(4) İnvasiv mekanik ventilasyon cihazı kullanan hastalarda trakeostomi kanülü bedeli ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde ayda 2 (iki) adet olmak üzere Kurumca karşılanır.

(5) İnvasiv mekanik ventilasyon cihazı için düzenlenen sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile oksijen konsantratörü, oksijen tüpü, ev tipi aspirasyon cihazı, nebulizatör bedelleri Kurumca karşılanır.

6) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazları için düzenlenilen sağlık kuralları (aparıcılar, dairesi ünlüleri) ve oksijen konsantrasyonu, oksijen tüpü, e tipi aspirasyon cihazı, nebulizator bekleme kuruma karıştıran.

7) İnvaziv mekanik ventilasyon cihazı için düzenlenen sağlık kurulu raporunda ve reçetelerinde belirtilmesi koşulu ile kesintisiz güç kaynağı bedelleri Kurumca karşılanır. Kesintisiz güç kaynağı, SUT'un Kurumca elde alınan tıbbi malzemeler kapsamında değerlendirilmektedir.

|         |                                                |  |  |  |  |          |
|---------|------------------------------------------------|--|--|--|--|----------|
| DO1017A | EV TİPİ VENTİLATÖR İÇİN KESİNTİSİZ GÜÇ KAYNAĞI |  |  |  |  | 1 456.00 |
|---------|------------------------------------------------|--|--|--|--|----------|

(1) Ev tipi ventilatör için kesintisiz güç kaynağı ödemelerinde TİTUBB/ÜTS kayıt/bildirim işleminin tamamlanmış olması şartı aranmaz.

[illegible]

(1) Pulse oksimetre cihazının bedeli, ev tipi invaziv mekanik ventilasyon cihazı kullanması gereken veya trakeostomili hastalarda kullanılması halinde Kurumca karşılanır.

|                                    |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|
| DESFERAL VE MİKRO İNFÜZYON POMPASI |  |  |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|--|--|

|        |                  |  |  |  |  |  |          |
|--------|------------------|--|--|--|--|--|----------|
| 001019 | DESPERAL POMPASI |  |  |  |  |  | 2.562,00 |
|--------|------------------|--|--|--|--|--|----------|

(1) Serum ferritin düzeylerinin 750 ng/ml seviyelerine yükselmiş olması veya aşırı demir birikimine bağlı, organ fonksiyonlarının (kalp, karaciğer) bozulması başladığını klinik belirtilerinin bulunması hallerinde; kullanılm gerektikliği belirtilmediği ve hematoloji uzman hekiminin de ver aldığı sağlık kurullarına danışılmalı sağlık kuruluşuna danışılarak ilaçların baskımla tarafından reçete edilmesi halinde; Yumurtalı baskımla kullanılması

2) "Defektorsizama fıkton işi kullanilan uygulama seti" nin, defesler pompası işi düzenlenişen sağık kurulu raporuna dayalıarak ilgili uzman nekimler tarafından reşete edilmesi halinde Kurumda bedeli karşılınır.

(3) Sağlık hizmeti sunucularınca temin edilmesi halinde sağlık raporu aranmaz.

[illegible][illegible]

(1) Mikro infüzyon pompası, infüzyon seti ve rezervuar bedellerinin ödenebilmesi için sağlık kurulu raporu düzenlenmesi gerekmekte olup raporda;

(a) Hastanın Tip I Diyabetli veya insüline bağımlı Tip II Diyabetli olması ile birlikte kan şekerinin oynak (brit

b) Hastanın kendi kendine veya yakınlarının cihazı kullanma yeteneğini kazanmış olduklarının belirtilmesi,

17) Raporda 17. Hastalıkları veya Çocuk Sağlığı Hastalıkları uzman hekimlerinden birinin yer alması şartları aranacaktır.

|        |               |
|--------|---------------|
|        | DIGER         |
| DO1031 | C&Z PROTECTOR |

|                          |         |   |        |
|--------------------------|---------|---|--------|
| POWER                    | WATTAGE | n | 527,20 |
| (4) Cost of the building |         |   |        |

(2) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen, en az 1 (bir) göz hastalıkları uzman hekiminin var olduğu

halinde göz protez bedelleri Kuruma karşılanır.

3) 5 (beş) yaşına kadar olan hak sahiplerine (çocuklarda 5 (beş) yaşına kadar orbita gelişimi tamamlandığından) sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde yılda 1 (bir), 5 (beş) yaşından büyük hak sahiplerine ise sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde 3 (üç) yılda 1 (bir) göz protezinin Kuruma bedelli karşılıdır. Ancak her iki halde de sağlık kurulu raporunda protezi değiştirilmesi gereklisi belirtilmelidir.

|        |                       |  |  |        |  |        |
|--------|-----------------------|--|--|--------|--|--------|
| DO1022 | ENÜREZİS ALARM CİHAZI |  |  | 1 defa |  | 145.60 |
|--------|-----------------------|--|--|--------|--|--------|

(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.

|        |               |    |       |        |
|--------|---------------|----|-------|--------|
| DO1024 | LEAL LOOP SET | C* | 1 yil | 305,20 |
|--------|---------------|----|-------|--------|

**LENFÖDEM BAŞI GİYSİLERİ**

- (1) Evre 1, 2, 3 lenfödemlerde; genel cerrahi, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi, kalp damar cerrahi, fiziksel tıp ve rehabilitasyon branş hekimlerinden birinin bulunduğu üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde standart (hazır) bedenler üzerinden Kurumca bedelleri karşılanır.
- (2) Profilaksi amacıyla lenfödem baskı giysi bedelleri Kurumca karşılanmaz.
- (3) Hayret raporu ekinde; lenf disekstomiyona bağlı lenf ödemlerinde ameliyat olduğunu belgeleyen epikriz olmalıdır.
- (4) Standart bedenlerin uyumadığı baskı giysisi gereken evre 1, 2, 3 lenfödemlerde bu durumun fotoğrafla belgelendirilmesi ve sağlık kurulu raporunda belirtilmesi kaydıyla kişiye özel ölçülendirilmiş baskı giysileri bedelleri Kurumca karşılanır.
- (5) Rapor geçerlilik süresi sekonder lenf ödemlerinde 1 (bir) yıl, primer lenf ödemlerinde 2 (iki) yıldır.
- (6) İlgili hekimce uygun görülmesi halinde 6 (altı) ay ara ile olmak şartıyla yılda en fazla 2 (iki) kez reçete edilebilir.
- (7) Hastaya alerjik veya toksik etki göstermemelidir.
- (8) Ortalama 40 mmHg ve üzeri basınç uygulamalı, kullanımı süresinin sonuna kadar bu basınç en az yarısını sağlayabilmelidir.
- (9) İç yüzeyi hastada baskı yaralaması yol açmayacak tarzda, dikizsiz, pürüzsüz olmalıdır. Hava geçirgen özelliği olan kumaştan imal edilmelidir.
- (10) Alt ekstremite baskı giysilerinde üst kısmının iç yüzeyinde kaymayı önleyecek silikon bant vb. olmalıdır.
- (11) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılıncaks, hastaya zarar veremeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanımı süresi boyunca bozulmaması/yapıda kalmaması esastır.
- (12) Sık yıkanabilir kumaştan imal edilmelidir. Giysi yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları değişmemeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.

|                                             |                                      |  |  |          |
|---------------------------------------------|--------------------------------------|--|--|----------|
| <b>LENFÖDEM BASKI GİYSİLERİ (ISMARLAMA)</b> |                                      |  |  |          |
| DO1025                                      | ELDIVEN (PARMAK UCU AÇIK/KAPALI)     |  |  | 1.573,60 |
| DO1026                                      | OMUZDAN DESTEKLİ KOLLUK BİLEĞE KADAR |  |  | 1.447,60 |
| DO1027                                      | DİZ ALTI ÇORAP                       |  |  | 1.134,00 |
| DO1028                                      | DİZ ÜSTÜ ÇORAP (SİLİKON DESTEKLİ)    |  |  | 1.204,00 |
| DO1029                                      | KÜLOTLU ÇORAP                        |  |  | 2.671,20 |
| DO1030                                      | BELDEN DESTEKLİ TEK BACAK ÇORAP      |  |  | 2.217,60 |
| <b>LENFÖDEM BASKI GİYSİLERİ (HAZIR)</b>     |                                      |  |  |          |
| DO1031                                      | ELDIVEN (PARMAK UCU AÇIK/KAPALI)     |  |  | 525,00   |
| DO1032                                      | OMUZDAN DESTEKLİ KOLLUK BİLEĞE KADAR |  |  | 490,00   |
| DO1033                                      | DİZ ALTI ÇORAP                       |  |  | 386,40   |
| DO1034                                      | DİZ ÜSTÜ ÇORAP (SİLİKON DESTEKLİ)    |  |  | 411,60   |
| DO1035                                      | KÜLOTLU ÇORAP                        |  |  | 907,20   |
| DO1036                                      | BELDEN DESTEKLİ TEK BACAK ÇORAP      |  |  | 798,00   |
| <b>LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZLARI</b>       |                                      |  |  |          |

- (1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca genel cerrahi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi ile kalp damar cerrahisi branş hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporlarına istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.

(2) Evre II-III lenf ödemi olan;

a) Evre II: Gode, elevasyon ile ödem azaltma ve klinik olarak fibrozis belirlen.

b) Evre III: Ödem irreversible, tetralarjyan enfeksiyöz ataklar, fibrozis, deri ve deri altında skleroz, flebolenf ödemi ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık bulunan hastalarda Kurumca bedelleri karşılanır.

(3) Hayret raporu ekinde lenf ödemi hastaların, flebolenfödem ya da ileri evre (C4-6) kronik venöz hastalık venöz yetmezliğe bağlı durumlarda venöz sistem doppler ultrasonografi raporu ekte olmalıdır. Hastaların karıştırmışları her iki ekstremite fotoğrafları da rapora eklenmelidir.

(4) Kompresyon cihazları diz altı lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla 2 (iki) kanallı, diz üstü lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla 6 (altı) kanallı, üst ekstremite lenf ödemlerinde veya venöz yetmezliklerde en fazla 1 (bir) kanallı olması halinde Kurumca bedeli karşılanır. Sadece Evre II lenf ödemlerinde en fazla 2 (iki) kanallı cihaz bedeli Kurumca karşılanır.

(5) Cihazın diz altı, diz üstü, üst ekstremite ve taş kanallı olacağı ilgili hekim raporunda belirtilmelidir.

|        |                                       |  |  |          |
|--------|---------------------------------------|--|--|----------|
| DO1037 | 1.KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI |  |  | 1.789,20 |
| DO1038 | 2.KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI |  |  | 2.192,40 |
| DO1039 | 3.KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI |  |  | 2.612,40 |
| DO1040 | 4.KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI |  |  | 3.094,00 |
| DO1041 | 5.KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI |  |  | 3.505,60 |
| DO1042 | 6.KANALLI LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI |  |  | 3.981,60 |

**LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZLARI MANŞONLARI**

- (1) İlk almışlarda, kompresyon cihazları ile birlikte kullanılabilecek manşon bedelleri cihaz bedeline dahildir. Manşonların 2 (iki) yıldan erken değiştirilmesi halinde manşon bedeli Kurumca karşılanmaz.

|                              |                                                 |  |  |        |
|------------------------------|-------------------------------------------------|--|--|--------|
| DO1043                       | LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI UZUN KOL MANŞONU    |  |  | 689,20 |
| DO1044                       | LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI YARIM BACAK MANŞONU |  |  | 596,40 |
| DO1045                       | LENF ÖDEM KOMPRESYON CİHAZI UZUN BACAK MANŞONU  |  |  | 943,60 |
| <b>YANIK BASKI GİYSİLERİ</b> |                                                 |  |  |        |

- (1) Erşkin hastalarda plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi uzmanlarının birlikte bulunduğu; 18 (on sekiz) yaşının altındaki yanık hastalarında ise plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi veya genel cerrahi veya çocuk cerrahisi uzmanları tarafından düzenlenen hayret raporuna istinaden ve bu uzman hekimlerden herhangi biri tarafından reçete edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.

(2) İkinci ve üçüncü derece yanık sonrası oluşmuş hipertrofik skar ve keloidlerin tedavisi ve azaltılması, oluabilecek hipertrofik skar önlemek amacıyla, 0-3 yaş çocuklarda 3 (üç) ayda 1 (bir), daha büyük çocuklarda 6 (altı) ayda 1 (bir), erişkinlerde ise yılda 1 (bir) kez reçete edilebilir.

(3) Rapor geçerlilik süresi 1 (bir) yıldır.

(4) Hastaya alerjik veya toksik etki göstermemelidir.

(5) Ortalama 15-40 mmHg basınç uygulamalı ve kullanımı süresinin sonuna kadar bu basınç en az yarısını sağlayabilmelidir.

(6) İç yüzeyi hastada baskı yaralaması yol açmayacak tarzda dikizsiz ve pürüzsüz olmalıdır.

(7) Fermuar vb. aksesuarlar kullanılıncaks, hastaya zarar veremeyecek şekilde yerleştirilmeli ve kullanımı süresi boyunca bozulmaması/yapıda kalmaması esastır.

(8) Giysi sık yıkanabilir kumaştan imal edilmeli yıkanma ile deforme olmamalı, boyutları değişmemeli ve yıkama talimatı hastaya verilmelidir.

(9) Değişik renk ve desenlerle olabilir. (özellikle çocuklarda kullanımı özendirilebilmek için)

(10) Hasta ile temas eden iç kısmında hekimin uygun görmesi halinde uygun görüldüğü alanlar silikon tabaka ile kaplanabilmelidir.

(11) Baskı giysilerinde kullanılabilecek silikon tabaka miktarı sağlık kurulu raporu ile belirlenen hipertrofik skar alanının %10 fazlasından daha geniş olamaz.

(12) 18 (on sekiz) yaşın altındaki yanık hastalarında SUT eki Ek-3/C3 listesindeki kriterlere uygun ismarlama yanık baskı giysileri, erişkinlerde ise intravazöz ismarlama veya hazır baskı giysileri fatura edilebilir.

(13) Baskı giysilerinin yanık olayını etkileyen Ek 6 (altı) ay içinde kullanımla başlaması halinde bedeli Kurumca karşılanacaktır.

|                                          |                               |  |  |          |
|------------------------------------------|-------------------------------|--|--|----------|
| <b>YANIK BASKI GİYSİLERİ (ISMARLAMA)</b> |                               |  |  |          |
| DO1046                                   | BİLEĞE KADAR PARMAKLI ELDIVEN |  |  | 1.668,52 |
| DO1047                                   | TEK KOL (EL HARİCİ)           |  |  | 1.041,60 |
| DO1048                                   | TÜM GÖVDE (KOLLAR HARİCİ)     |  |  | 2.259,60 |
| DO1049                                   | TÜM GÖVDE (KOLLU)             |  |  | 3.463,39 |
| DO1050                                   | TÜM GÖVDE (KOLLU) ÇOCUK       |  |  | 2.867,20 |
| DO1051                                   | SORT (DİZALTII)               |  |  | 1.820,00 |
| DO1052                                   | SORT (DİZALTII) ÇOCUK         |  |  | 1.372,00 |
| DO1053                                   | BELDEN DESTEKLİ TEK BACAK     |  |  | 1.327,20 |
| DO1054                                   | DİZALTII ÇORAP                |  |  | 1.475,60 |
| DO1055                                   | DİZALTII ÇORAP (PARMAKLI)     |  |  | 1.506,40 |
| DO1056                                   | AÇIK YÜZ MASKESİ              |  |  | 1.181,60 |
| DO1057                                   | KAPALI YÜZ MASKESİ            |  |  | 1.332,80 |
| <b>YANIK BASKI GİYSİLERİ (HAZIR)</b>     |                               |  |  |          |
| DO1058                                   | BİLEĞE KADAR PARMAKLI ELDIVEN |  |  | 571,20   |
| DO1059                                   | TEK KOL (EL HARİCİ)           |  |  | 624,40   |
| DO1060                                   | TÜM GÖVDE (KOLLAR HARİCİ)     |  |  | 952,00   |
| DO1061                                   | TÜM GÖVDE (KOLLU)             |  |  | 1.495,20 |
| DO1062                                   | TÜM GÖVDE (KOLLU) ÇOCUK       |  |  | 1.388,80 |
| DO1063                                   | SORT (DİZALTII)               |  |  | 1.139,60 |
| DO1064                                   | SORT (DİZALTII) ÇOCUK         |  |  | 926,80   |
| DO1065                                   | BELDEN DESTEKLİ TEK BACAK     |  |  | 736,40   |
| DO1066                                   | DİZALTII ÇORAP                |  |  | 596,40   |
| DO1067                                   | DİZALTII ÇORAP (PARMAKLI)     |  |  | 624,40   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                       |  |  |  |  |        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--------|
| DÖ1068                                                                                                                                                                                                                                                                   | AÇIK YÜZ MASKESİ                                                                                                      |  |  |  |  | 596,40 |
| DÖ1069                                                                                                                                                                                                                                                                   | KAPALI YÜZ MASKESİ                                                                                                    |  |  |  |  | 646,80 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | YANIK BASTI GİYİŞLERİ SİLİKON TABAKALARI                                                                              |  |  |  |  |        |
| DÖ1070                                                                                                                                                                                                                                                                   | SİLİKON TABAKA (1 cm2)                                                                                                |  |  |  |  | 2,18   |
| (1) Silikon tabaka ölçüsü, silikon tabakanın kullanıldığı bölgenin baskı gıysisinin ölçüsünden büyük olamaz.                                                                                                                                                             |                                                                                                                       |  |  |  |  |        |
| Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir. |                                                                                                                       |  |  |  |  |        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                          | ÖZEL KOŞULLAR                                                                                                         |  |  |  |  |        |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                        | Yenilenme süresini takiben yapılan tamir ve değişim bedeli protez bedelinin % 75'ini geçemez.                         |  |  |  |  |        |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                        | * Sağlık hizmeti sunucusunca düzenlenen uzman hekim raporuna istinaden bedeli Kurumca karşılanır.                     |  |  |  |  |        |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                        | (C) ile işaretli olan malzemeler için ilgili branşta uzman hekimin bulunduğu sağlık kurulu raporu gerekmektedir.      |  |  |  |  |        |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                        | (C*) ile işaretli olan malzemeler için ilgili branştaki uzman hekimce düzenlenen başhekim onaylı rapor gerekmektedir. |  |  |  |  |        |

| TIBBİ SARF MALZEMELER LİSTESİ (EK-3/C-4)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |  |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--|-----------------|
| SUT KODU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI                                  |  | SUT FİYATI (TL) |
| <b>ASPIRASYON KATETERİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |  |                 |
| A10000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ASPIRASYON KATETERİ                                        |  | 4,10            |
| (1) Günde en fazla 4 (dört) adet olmak üzere Kurumca bedeli karşılır. Ancak, günde 4 (dört) adedi esas kullanımları sağlik kurulu raporunda gerekçesinin belirtilmesi halinde; ağız içi ve nazofarinks aspirasyonu için günde en fazla 10 (on) adet, ev tipi mekanik ventilatörlerle birlikte kullanımı için günde en fazla 15 (on beş) adet, yutma fonksiyonu olmayan ve ağız içi sekresyonlarını fazla olan hastalar için ise günde en fazla 20 (yirmi) adet geçmek şartıyla bedeli Kurumca karşılır.                                                                                                                                                                                                           |                                                            |  |                 |
| <b>NAZOGASTRİK SONDALAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                            |  |                 |
| A10001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, NAZOGASTRİK                                         |  | 3,22            |
| <b>NELATON SONDALAR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                            |  |                 |
| A10002                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, NELATON                                             |  | 3,27            |
| A10003                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, NELATON KALÇUK                                      |  | 20,30           |
| <b>ÜRİNER SİSTEM SONDA, TORBA VE KATETERLERİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |  |                 |
| A10004                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | İDRAR TORBASI                                              |  | 4,04            |
| A10005                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | İDRAR TORBASI MÜSLÜKLÜ 2000 cc                             |  | 5,00            |
| A10009                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, PREZERVATİF                                         |  | 4,59            |
| A10010                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, HİDROFLİK KENDİNDEN KAYGANLAŞTIRICI                 |  | 6,31            |
| (1) Rekürrent üretra darlığı (neden olan primer tanının raporda belirtilmesi koşulu ile) olan hastalara ayakta tedavilerinde kullanılması gerektiği görülen hidroflik kendinden kayganlaştırmalı sonda, üroloji, nefroloji, çocuk nefroloji veya çocuk cerrahisi uzman hekimlerinden birinin yer aldığı, nörojenik mesane (neden olan primer tanının raporda belirtilmesi koşulu ile) olgularında ise üroloji, nefroloji, çocuk nefroloji, çocuk cerrahisi, nöroloji, çocuk nöroloji, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, geriatri uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurullarına düzenlenerek sağlik kurulu raporuna dayanılarak tüm hekimler tarafından reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılır. |                                                            |  |                 |
| (2) Raporda; teşhis, kullanım süresi ve günlük kullanım miktarı belirtilmelidir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |  |                 |
| (3) Günlük en fazla 6 (altı) adet sonda bedeli Kurumca karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                            |  |                 |
| (4) Rekürrent üretra darlığı, nörojenik mesane olgularında ve böbrek nakilli hastalara raporda belirtilmiş olmak şartıyla;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |  |                 |
| a) En fazla 5 (beş) adet hidroflik kendinden kayganlaştırmalı sonda ile birlikte en fazla 1 (bir) adet hidrokit sonda,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                            |  |                 |
| b) Aktif çalşan ve/veya geçmci olan hastalara en fazla 4 (dört) adet hidroflik kendinden kayganlaştırmalı sonda ile birlikte en fazla 2 (iki) adet hidrokit sonda reçete edilebilir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                            |  |                 |
| (5) Hidroflik kendinden kayganlaştırmalı sondaların, en fazla 2 (iki) aylık miktarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                            |  |                 |
| A10011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, HİDRO KIT (KENDİNDEN İLELİ)                         |  | 18,20           |
| A10012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, FOLEY İKİ YOLLU SİLİKOLATEX                         |  | 63,00           |
| A10013                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, FOLEY İKİ YOLLU SİLİKON                             |  | 42,00           |
| A10014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, FOLEY İKİ YOLLU POLİVİNİLKLORÜR                     |  | 140,00          |
| A10015                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, FOLEY İKİ YOLLU LATEX                               |  | 30,80           |
| A10016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU SİLİKOLATEX                          |  | 31,50           |
| A10017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU SİLİKON                              |  | 35,00           |
| A10018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU POLİVİNİLKLORÜR                      |  | 140,00          |
| A10019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SONDA, FOLEY ÜÇ YOLLU LATEX                                |  | 35,00           |
| <b>ENTERAL VE PARENTERAL BESLENME SONDA, TORBA VE SETLERİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                            |  |                 |
| A10020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SET TRANSFER PARENTERAL BESLENME                           |  | 242,55          |
| A10021                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TORBA, PARENTERAL BESLENME (150-250-500-1000-2000 ml)      |  | 45,78           |
| A10022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ENTERAL BESLENME POMPA SETİ (TORBALI)                      |  | 35,00           |
| A10023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ENTERAL BESLENME POMPA SETİ (İSİZE KAPAKLI)                |  | 28,00           |
| A10024                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ENTERAL BESLENME SETİ GRAVİTY                              |  | 28,00           |
| A10025                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | BESLENME KATETERİ                                          |  | 1,34            |
| A10026                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TÜP NAZODÜODONAL BESLENME                                  |  | 64,40           |
| A10027                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | BESLENME TÜPÜ                                              |  | 64,40           |
| A10028                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | BESLENME TÜPÜ NAZOGASTRİK                                  |  | 48,51           |
| A10029                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TORBA, PARENTERAL BESLENME (9000-4000 ml)                  |  | 45,78           |
| A10030                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SET POMPA ENTERAL YIKAMALI                                 |  | 70,00           |
| A10031                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ENJEKTÖR 50 cc ( BESLENME AMAÇLI-GÜN ASIRI 1 ADET)         |  | 2,73            |
| <b>AVARLATICI MAYI VE KAN SETLERİ, HER TÜRÜ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |  |                 |
| A10032                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | POMPA SET AĞRI İÇİN (HASTA KONTROLLÜ ANALJEZİ SİSTEMİ)     |  | 115,85          |
| A10033                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DESFERAL POMPA SETİ (THALASEMİ İNFÜZYON SETİ)              |  | 114,38          |
| A10034                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | MİKRO İNFÜZYON POMPA SETİ                                  |  | 57,40           |
| (1) Sağık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilen infüzyon pompa seti bedeli, en fazla 3 (üç) günde 1 (bir) adet üzerinden hesaplanmak suretiyle en fazla 3 (üç) aylık miktarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                            |  |                 |
| A10035                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | İNSÜLİN REZERVUAR                                          |  | 19,11           |
| (1) Sağık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilen rezervuar bedelleri, en fazla 3 (üç) günde 1 (bir) adet üzerinden hesaplanmak suretiyle en fazla 3 (üç) aylık miktarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                            |  |                 |
| <b>OSTOMİ MALZEMELERİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                            |  |                 |
| (3) Ostomi malzemesinin temini için uzman hekim raporu düzenlenecek olup, raporda teşhis, yapılan ameliyatın adı, malzemenin adı, kullanım süresi ve ikinci fıkrada belirtilen miktarları geçmemek üzere günlük kullanımı miktarı belirtilecektir. Hastada ikinci bir stoma söz konusu ise bu durum raporda belirtilecektir.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                            |  |                 |
| (2) Ostomi malzemenin bedelleri tedavi protokolü gereğince hekim tarafından sağlik raporu ve reçetede belirtilen adetler esas alınarak en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda reçete edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                            |  |                 |
| A10136                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OSTOMİ PASTASI (ÜROSTOMİ, KOLOSTOMİ, İLEOSTOMİ)            |  | 85,33           |
| A10137                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | KOLOSTOMİ, İLEOSTOMİ TORBASI (TEK PARÇA, FİLTRE DAHİLİ)    |  | 25,48           |
| A10138                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | KOLOSTOMİ, İLEOSTOMİ TORBASI (ADAPTÖR İÇİN, FİLTRE DAHİLİ) |  | 21,00           |
| A10139                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OSTOMİ ADAPTÖRÜ (ÜROSTOMİ, KOLOSTOMİ, İLEOSTOMİ)           |  | 28,00           |
| A10140                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ÜROSTOMİ TORBASI (TEK PARÇA)                               |  | 31,36           |
| A10141                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ÜROSTOMİ TORBASI (ADAPTÖR İÇİN)                            |  | 28,00           |
| A10047                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | STOMA CAP                                                  |  | 28,00           |
| (1) Sağık raporuna dayanılarak tüm hekimlerce en fazla 2 (iki) aylık dozlar halinde stoma kapakı reçete edilmesi halinde Kurumca bedelleri karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                            |  |                 |
| <b>HASTA HİYENİ İÇİN KULLANILAN BAKIM MALZEMELERİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                            |  |                 |
| A10049                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | HASTA ALT BEZİ/KÜLOTU HASTA ALT BEZİ                       |  | 5,26            |
| A10118                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ÇOCUK HASTA ALT BEZİ/ÇOCUK KÜLOTU HASTA ALT BEZİ           |  | 4,11            |
| <b>DİYALİZ SARF MALZEMELERİ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                            |  |                 |

(1) Sağlık kurulu raporunda aletli periton diyaliz tedavisinin öngörülmesi ve reçete edilmesi halinde;

a) Periton diyaliz mini kapak/koruma kapağı günde 1 (bir) adet,

b) Aletli periton diyaliz boşaltım torbası günde 1 (bir) adet, (ancak öngörülen günlük boşaltım sıvı miktarının 15 litrenin üzerinde olması halinde günde 2 (iki) adet),

c) Aletli periton diyaliz seti veya aletli periton diyaliz seti (pediatrik) günde 1 (bir) adet olmak üzere ödenir.

(2) Sağlık kurulu raporunda sürekli ayakta periton diyaliz tedavisinin öngörülmesi ve reçete edilmesi halinde; periton diyaliz mini kapak/koruma kapağı günde en fazla 5 (beş) adet olmak üzere ödenir.

(3) Sağlık kurulu raporunda aletli periton diyaliz ile sürekli ayakta periton diyaliz tedavisinin birlikte öngörülmesi ve reçete edilmesi halinde;

a) Periton diyaliz mini kapak/koruma kapağı (aletli periton diyaliz tedavisi için, günde 1 (bir) adet, sürekli ayakta periton diyaliz tedavisi için günde en fazla 3 (üç) adet),

b) Aletli periton diyaliz boşaltım torbası günde 1 (bir) adet, (ancak öngörülen günlük boşaltım sıvı miktarının 15 litrenin üzerinde olması halinde günde 2 (iki) adet),

c) Aletli periton diyaliz seti veya aletli periton diyaliz seti (pediatrik) günde 1 (bir) adet olmak üzere ödenir.

(4) Aletli periton diyaliz veya aletli periton diyaliz ile birlikte sürekli ayakta periton diyaliz tedavisinin öngörüldüğü durumlarda kullanılması gerekli görülen tıbbi malzemelere ilişkin sağlık kurulu raporu, bünyesinde periton diyaliz ünitesi bulunan sağlık hizmeti sunucusu sağlık kurullarınca düzenlenecek olup, raporda çocuk/erişkin nefroloji uzman hekiminin yer alması zorunludur.

(5) Sürekli ayakta periton diyaliz tedavisinin öngörüldüğü durumlarda kullanılması gerekli görülen tıbbi malzemelere ilişkin uzman hekim raporu, çocuk/erişkin nefroloji uzman hekim tarafından düzenlenecektir.

(6) Periton diyaliz tedavisine ilişkin tıbbi sarf malzeme reçeteleri en fazla 3 aylık miktarlarda çocuk/erişkin nefroloji uzman hekim tarafından düzenlenecektir.

(7) Periton diyaliz tedavisinde kullanılması öngörülen diyaliz solüsyonlarına tıbbi malzemelerin dahil olduğu durumlarda, dahil olan tıbbi malzeme bedelleri ayrıca karşılansın.

|                                 |                                          |       |
|---------------------------------|------------------------------------------|-------|
| A10053                          | PERİTON DİYALİZ MİNİ KAPAK/KORUMA KAPAĞI | 2,45  |
| A10054                          | ALETLİ PERİTON DİYALİZ BOŞALTIM TORBASI  | 26,11 |
| A10119                          | ALETLİ PERİTON DİYALİZ SETİ              | 48,23 |
| A10120                          | ALETLİ PERİTON DİYALİZ SETİ (PEDIATRİK)  | 48,23 |
| SOLUNUM ÇİHAZI SARF MALZEMELERİ |                                          |       |

(1) Solunum cihazları ile birlikte kullanılan tıbbi sarf malzeme bedelleri, sağlık kurulu raporuna istinaden ilgili hekimlerce reçete edilmesi halinde aşağıda belirtilen adetler doğrultusunda Kurumca karşılanır.

a) Hasta devresi yilda 1 (bir) adet, (ev tipi mekanik ventilatör kullanan hastalarda yilda 2 (iki) adet),

b) Maske yilda 1 (bir) adet, (solunum maske yuhtu hastalıklarında kullanılan NIMF cihazlarının maskelerinin gün içinde sürekli kullanıldığını sağlık kurulu raporunda belirtilmesi halinde 6 ayda 1 (bir) adet),

c) Nazal kanül yilda 2 (iki) adet, (sadece konsantrator kullanan hastalarda),

d) Kaşa toz Filtresi yilda 4 (dört) adet,

e) İnce toz Filtresi yilda 2 (iki) adet, (ev tipi mekanik ventilatör kullanan hastalarda yilda 4 (dört) adet),

f) Pall filtre yilda 2 (iki) adet, (sadece konsantrator kullanan hastalarda),

g) Filtre (HMEF) ayda 15 (onbeş) adet, (sadece ev tipi mekanik ventilatör kullanan hastalarda),

h) Chamber yilda 2 (iki) adet, (sadece ev tipi mekanik ventilatör kullanan hastalarda),

ğ) Su kabi yilda 2 (iki) adet, (sadece konsantrator kullanan hastalarda),

h) Mount kateter ayda 10 (on) adet, (sadece ev tipi mekanik ventilatör kullanan hastalarda),

(2) Filtre (HMEF) ve mount kateter bedelleri aylık kullanım adetleri dikkate alınarak en fazla 2 aylık miktarlarda, diğer sarf malzeme bedelleri ise yıllık kullanım adetleri dikkate alınarak reçetelendirilmesi halinde Kurumca karşılanır.

|        |                                                             |        |
|--------|-------------------------------------------------------------|--------|
| A10123 | HASTA DEVRESİ                                               | 185,92 |
| A10124 | FİLTRE (HMEF)                                               | 21,14  |
| A10125 | KABA TOZ FİLTRESİ                                           | 9,80   |
| A10126 | İNCE TOZ FİLTRESİ                                           | 9,80   |
| A10127 | CHAMBER (SU HAZNESİ)                                        | 72,00  |
| A10128 | NONINVAZİV VENTİLASYON İÇİN NAZAL MASKE                     | 358,40 |
| A10129 | NONINVAZİV VENTİLASYON İÇİN ORAL NAZAL MASKE                | 414,40 |
| A10130 | NONINVAZİV VENTİLASYON İÇİN SİLİKON ESASLI NAZAL MASKE      | 420,00 |
| A10131 | NONINVAZİV VENTİLASYON İÇİN SİLİKON ESASLI ORAL NAZAL MASKE | 532,00 |
| A10132 | MASKE HAZNELİ /HAZNESİZ NEBÜLİZER                           | 15,40  |
| A10133 | NAZAL KANÜL                                                 | 18,20  |
| A10134 | PALL FİLTRE                                                 | 37,80  |
| A10135 | SU KABİ                                                     | 46,20  |
| A10060 | AIR-WAY ORAL                                                | 1,61   |
| A10064 | İNHALASYON TEDAVİ (ÇEMBERİ) (AEROCHAMBER)                   | 104,30 |
| A10066 | TRİFLU (SOLUNUM EGZERSİZ ALETİ)                             | 15,00  |
| A10122 | OKSİJEN GAZI (5 LT OKSİJEN TUPU İÇİN)                       | 53,90  |
| A10070 | OKSİJEN GAZI (10 LT OKSİJEN TUPU İÇİN)                      | 107,80 |
| A10071 | AMBÜ SETİ                                                   | 150,36 |

(1) Göğüs hastalıkları, nöroloji, dahiliye, kulak burnu boğaz, anestezi ve reanimasyon veya yoğun bakım sorumlu uzman hekimlerinden birinin yer aldığı sağlık kurulu raporuna istinaden, geçici veya kalıcı trakeostomi hastalarında aynı hekimlerce reçete edilmesi halinde yilda 1 (bir) adet olmak üzere bedeli Kurumca karşılanır.

|        |                                                                                                       |       |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| A10072 | MOUNT KATETER                                                                                         | 9,03  |
| A10121 | İNHALASYON İÇİN (HİPERTONİK SALIN %7 NaCl, %0,1 SODIYUM HİYALORONAT) HİPERTONİK STERİL ÇÖZELTİ (5 ml) | 27,72 |

(1) Kistik fibrozis hastalarında; 6 yaş üstü çocuk hastalar için en az bir çocuk göğüs hastalıkları uzmanı veya çocuk sağlığı hastalıkları uzmanı veya göğüs hastalıkları uzmanı; 18 yaş üstü hastalarda ise en az bir göğüs hastalıkları uzmanının bulunduğu üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularınca düzenlenen sağlık kurulu raporuna istinaden tüm hekimlerce reçete edilmesi halinde günde en fazla 10 ml olmak üzere bedeli Kurumca karşılanır.

|                    |                                   |          |
|--------------------|-----------------------------------|----------|
| TRAKEOSTOMİ KANÜLÜ |                                   |          |
| A10084             | SİLİKON                           | 1.199,80 |
| A10085             | İÇTİ KAFI                         | 534,80   |
| A10086             | GÜMLÜK                            | 294,00   |
| A10087             | FOAM-KAFI                         | 1.206,80 |
| A10088             | FENESTRELİ                        | 754,60   |
| DRENLER            |                                   |          |
| A10089             | DREN, 30-50 ml                    | 19,39    |
| A10090             | DREN, 100-200 ml                  | 24,22    |
| A10091             | DREN, 300-500 ml                  | 31,57    |
| STERİL ELDİVEN     |                                   |          |
| A10092             | STERİL ELDİVEN (PUDRALI/PUDRASIZ) | 3,99     |

(1) Sağlık kurulu raporu fe tanyu uygun öngörülen malzeme adedi kadar steri eldiven bedeli Kurumca karşılanır.

|                                                                                                                            |                                        |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|-------|
| KAN SEKER ÖLÇÜM CUBUGUYE İĞNE UCU                                                                                          |                                        |       |
| A10093                                                                                                                     | KAN SEKER ÖLÇÜM CUBUGU                 | 1,04  |
| A10114                                                                                                                     | KALIM İĞNE UCU (100 ADET)              | 49,42 |
| YARA BAKIM ÜRÜNLERİ                                                                                                        |                                        |       |
| A10095                                                                                                                     | HYDROCOLLOID ÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK | 12,88 |
| (1) Günde en fazla 1 (bir) adet, yüzeysel ve en eksudalı yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |                                        |       |
| A10096                                                                                                                     | HYDROCOLLOID ÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA  | 21,63 |
| (1) Günde en fazla 1 (bir) adet, yüzeysel ve en eksudalı yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |                                        |       |
| A10097                                                                                                                     | HYDROCOLLOID ÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK | 54,60 |
| (1) Günde en fazla 1 (bir) adet, yüzeysel ve en eksudalı yaraların üzerine kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır. |                                        |       |
| A10108                                                                                                                     | KÖPÜK ÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK        | 17,50 |
| (1) Günde en fazla 1 (bir) adet, bol eksudalı ve/veya masere yaralarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.     |                                        |       |
| A10109                                                                                                                     | KÖPÜK ÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA         | 26,46 |
| (1) Günde en fazla 1 (bir) adet, bol eksudalı ve/veya masere yaralarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.     |                                        |       |
| A10110                                                                                                                     | KÖPÜK ÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK        | 61,04 |
| (1) Günde en fazla 1 (bir) adet, bol eksudalı ve/veya masere yaralarda kullanılması halinde bedeli Kurumca karşılanır.     |                                        |       |
| A10111                                                                                                                     | FİBER/ALINAT ÇERİKLİ YARA ÖRTÜSÜ KÜÇÜK | 17,50 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| (1) Günde en fazla 1 (bir) adet, bol ekudali ve/veya masere yazarlarda kullanılması halinde bedeli Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| A10112 FİBER/ALINAT ÇERKİLİ YARA ÖRTÜSÜ ORTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 26,46     |
| (2) Günde en fazla 1 (bir) adet, bol ekudali ve/veya masere yazarlarda kullanılması halinde bedeli Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| A10113 FİBER/ALINAT ÇERKİLİ YARA ÖRTÜSÜ BÜYÜK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 61,04     |
| (1) Günde en fazla 1 (bir) adet, bol ekudali ve/veya masere yazarlarda kullanılması halinde bedeli Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| İŞİTSEL İMPLANTLAR SARF MALZEMELERİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |
| (1) İşitsel implant uygulaması sonrasında ilk 2 (iki) yıl süresince sarf malzemelerin temini için sağlık raporları cerrahi işlemin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenmektedir. 2 (iki) yıl sonundaki sarf malzemelerin temini için düzenlenecek sağlık raporlarının cerrahi işlemin yapıldığı sağlık hizmeti sunucusuna düzenlenmesine gerek bulunmamaktadır.                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| (2) İşitsel implantlardan koklear implant veya beyin sapı implantı uygulaması yapılan hastalarda cerrahi işlemin yapıldığı tarihten itibaren ilk 2 (iki) yılda pil yuvası ve aktancısı (bobin, transmitter) isimli sarf malzeme bedelleri karşılanmaz. Pil ve ara kablo (aktarıcandan bağımsız) isimli sarf malzeme bedelleri ise cerrahi işlemin yapıldığı tarihten 1 (bir) yıl sonra rapete edilmesi halinde SUT'ta belirtilen hükümler doğrultusunda karşılır.                                                                                                                                                                                    |           |
| Kemige monte işleme cihazı veya orta kulak implantı uygulaması yapılan hastalarda pil bedeli ise cerrahi işlemin yapıldığı tarihten sonra rapete edilmesi halinde SUT'ta belirtilen hükümler doğrultusunda karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |
| (3) Taminin mümkün olmadığı, işitisel implant üretici firması veya üretici firma tarafından ilkönce yetkili teknik servis olarak belirlenen firmalar tarafından düzenlenen teknik rapor ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belirlendiren konuşma işlemcileri (diğer sarf malzemeler hariç) Kurum targa tekliflatına teslim edilecektir. Ancak, müt süresi sonunda yapılan yenileme işlemlerinde işleminin teslim edilmesine gerek bulunmamaktadır.                                                                                                                                     |           |
| (4) 1/12/2016 tarihinde önce yapılmış olan işitisel implantlara ait işlem bedellerinin, uygulamanın yapıldığı tarihte işlemin Kurumumuz ödeme kapsamında olmaması veya ödeme kapsamında olsa dahi ödeme kuralı/kriterlerine uymaması nedeniyle kendi imkanlarıyla karşılayan kişilerin verilerinin sisteme görünlülenemesi halinde sarf malzeme bedellerinin karşılanabilmesi için; Kurumun ilgili birimlerine başvurulacak bu birimlere baktı konuş ilavine kayıt altına alınması gerekmektedir. Kurumun ilgili birimi, firmanın sözleşmesinin yürütümünden sorumlu olan Sosyal Güvenlik İl Müdürlükleri veya Sağlık Sosyal Güvenlik Merkezleridir. |           |
| (5) İşitisel implantlardan koklear implant veya beyin sapı implantı uygulaması yapılan hastaların konuşma işlemcilerinin yenilenmesi halinde, firmalar tarafından konuşma işlemcisi pil yuvası, aktancısı (bobin, transmitter) ve ara kablo (aktarıcandan bağımsız) isimli sarf malzemeler birlikte verildiğinden, konuşma işlemcisi değişimi tarihi itibarıyla;                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |
| a) Pil yuvası ve aktancısı (bobin, transmitter) isimli sarf malzeme bedelleri 2 (iki) yıl boyunca ödenmez.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |
| b) Ara kablo (aktarıcandan bağımsız) isimli sarf malzeme bedeli 1 (bir) yıl boyunca ödenmez.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| A10101 İŞİTSEL İMPLANTLAR PILİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 5,39      |
| (1) İkinci veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında görevli kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimini raporuna istinaden; her bir koklear implant için günde en fazla 1 (bir) adet, kemige monte işleme 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 miktarların bedeli Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                      |           |
| (2) İkinci veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında görevli kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde Kuruma bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
| A10102 İŞİTSEL İMPLANTLAR ARA KABLO BEDELİ (AKTARICIDAN BAĞIMSIZ)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 1.023,40  |
| (1) İkinci veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 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 (aktarıcandan bağımsız) bedeli Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |
| A10103 KOKLEAR İMPLANT KONUSMA İŞLEMÇİSİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 76.076,00 |
| (1) Konuşma işlemcisi, 7 (yed) yıldan önce yenilenemez. Ancak koklear implant üretici firması tarafından verilen teknik rapor ile birlikte üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu istinaden tamin mümkün olmayan durumlarda süresinden önce yenilebilir. 7 (yed) yıl dolduran kişilerde üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde Kuruma bedeli karşılır.                               |           |
| A10104 İŞİTSEL İMPLANTLAR AKTARICI (BOBİN, TRANSMİTTER)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1.509,20  |
| (1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu istinaden 2 (iki) yılda 1 (bir) adet olmak üzere Kuruma bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| A10105 İŞİTSEL İMPLANTLAR PIL YUVASI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1.362,81  |
| (1) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu istinaden 2 (iki) yılda 1 (bir) adet olmak üzere Kuruma bedeli karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| A10115 KEMİGE MONTE İŞİTME CİHAZI KONUSMA İŞLEMÇİSİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 54.121,20 |
| (1) Konuşma işlemcisi, 5 (beş) yıldan önce yenilenemez. Ancak kemige monte işleme cihazı üretici firması tarafından verilen teknik rapor ile birlikte üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu istinaden tamin mümkün olmayan durumlarda süresinden önce yenilebilir. 5 (beş) yıl dolduran kişilerde üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde Kuruma bedeli karşılır.                    |           |
| A10116 ORTA KULAK İMPLANTI KONUSMA İŞLEMÇİSİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 54.121,20 |
| (1) Konuşma işlemcisi, 5 (beş) yıldan önce yenilenemez. Ancak orta kulak implantı üretici firması tarafından verilen teknik rapor ile birlikte üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu istinaden tamin mümkün olmayan durumlarda süresinden önce yenilebilir. 5 (beş) yıl dolduran kişilerde üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde Kuruma bedeli karşılır.                           |           |
| A10117 BEYİN SAPI İMPLANTI KONUSMA İŞLEMÇİSİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 76.076,00 |
| (1) Konuşma işlemcisi, 7 (yed) yıldan önce yenilenemez. Ancak beyin sapı implantı üretici firması tarafından verilen teknik rapor ile birlikte üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu istinaden tamin mümkün olmayan durumlarda süresinden önce yenilebilir. 7 (yed) yıl dolduran kişilerde üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen 3 (üç) kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile öngörülmesi halinde Kuruma bedeli karşılır.                           |           |
| İŞİTME CİHAZI SARF MALZEMELERİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |
| A10106 İŞİTME CİHAZI PILİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 5,00      |
| (1) İkinci veya üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında görevli kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimini raporuna istinaden; işleme cihazı başına haftada en fazla 2 (iki) adet işitme cihazı pil olmak üzere en fazla 1 (bir) yıllık miktardan bedeli Kuruma karşılır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |
| BAKLOFEN POMPA SARFLARI                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |
| A10107 İNTRATEKAL BAKLOFEN POMPASİ DOJUM KİTİ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 187,60    |

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuraları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuraları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımlarına aittir.

## ÖZEL HALLERDE KARŞILANAN TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ (EK-3/C-5)

| ÖZEL HALLERDE KARŞILANAN TIBBİ MALZEMELER LİSTESİ (EK-3/C-5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |   |             |                                                                                                          |                | 23.4 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------|
| SUT KODU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | TIBBİ MALZEME ALAN TANIMI                                                                                                                |                                                                                                                                        |   | MIAT SÜRESİ | ÖZEL KOŞULLAR                                                                                            | SUT FİYATI(TL) |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | MYOELEKTRİK KONTROLLÜ ÜST EKSTREMİTE PROTEZLERİ<br>(Mikroiglemci Kontrollü, Bütün Parmakları Birbirinden Bağımsız Hareket Edebilen Etil) |                                                                                                                                        |   |             |                                                                                                          |                |      |
| (1) Myoelektrik kontrollü kol protezleri Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon veya Ortopedi ve Travmatoloji uzman hekimlerce rapete edilebilir.<br>(2) Protezi yapan uygulama merkezi tarafından, hastanın protezin teknik özelliklerine uygun fonksiyonel hareketlerini yerine getirebildiğinin (fatura ekinde yer alması) belgelenmesi gerekmektedir.<br>(3) Protezin kontrolünü sağlayacak kısırdan yüzey elektromiyografi (EMG) çalışması en fazla kasılma sırasında yapılan incelemede daha önce belirlenmiş yeterli eşik değeri (motor ünite aksiyon potansiyeli (MÜAP) amplitüd ölçümü, karesel ortalama karekük (RMS), güç spektral analizi vb) ve üzerinde aktivitenin saptanması veya bu konuda özelleşmiş myoelektrik ölçümleri yapabilen tanıyıcı/geri bildirim cihazları yardımı ile sağlık kurulu raporunu düzenleyen sağlık kurumlarının elektronik çalışmaları yeterli aksiyon potansiyeline sahip olduğu belgelenmelidir.<br>(4) Myoelektrik kontrollü kol protezi temin edildikten sonra hasta tarafından, yüksek gerilim altında ve manyetik alanlarda çalışmayacağına belgelenmesi veya taahhüt edilmesi gerekmektedir. |                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |   |             |                                                                                                          |                |      |
| 100010                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | EL BİLEĞİ DEZARTİKÜLASYONU İÇİN 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ                                                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl      | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el                         | 333.004,00     |      |
| 100000                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DİRSEK ALTI 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ                                                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl      | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el                         | 338.492,00     |      |
| 100001                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DİRSEK ALTI 4 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ                                                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl      | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el                         | 371.224,00     |      |
| 100011                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ                                                                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl      | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el                         | 368.480,00     |      |
| 100012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DİRSEK DEZARTİKÜLASYONU İÇİN 4 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ                                                                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl      | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el                         | 398.272,00     |      |
| 100002                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DİRSEK ÜSTÜ 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ                                                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl      | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el                         | 368.480,00     |      |
| 100003                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DİRSEK ÜSTÜ 4 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ                                                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl      | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el                         | 457.856,00     |      |
| 100004                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | DİRSEK ÜSTÜ 6 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ KOL PROTEZİ                                                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl      | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el                         | 539.392,00     |      |
| 100013                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRANSKARPAL 2 KANALLI MYOELEKTRİK KONTROLLÜ PARŞİYEL EL PROTEZİ                                                                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl      | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el                         | 332.808,00     |      |
| 100014                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PROTEZ EL DEĞİŞİMİ                                                                                                                       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl       | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el                         | 164.640,00     |      |
| 100015                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SİLİKON ELDİVEN DEĞİŞİMİ                                                                                                                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 1 yıl       | Mikroiglemci kontrollü, bütün parmaklar birbirinden bağımsız hareket edebilen el için                    | 10.192,00      |      |
| 100016                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SİLİKON ELDİVEN FARKI                                                                                                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |             | Ek-3C-2 listesinde yer alan üst ekstremité protezleri ile öngörülmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. | 3.332,00       |      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SİLİKON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN PROTEZLER                                                                                                   |                                                                                                                                        |   |             |                                                                                                          |                |      |
| 100017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SİLİKON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN PARMAR PROTEZİ (ÜST EKSTREMİTE)                                                                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl       | Adet fiyatıdır.                                                                                          | 4.704,00       |      |
| 100018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SİLİKON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN PARMAR PROTEZİ AKILLIK TIRNAKLI (ÜST EKSTREMİTE)                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl       | Adet fiyatıdır.                                                                                          | 5.880,00       |      |
| 100019                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SİLİKON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN PARŞİYEL EL PROTEZİ                                                                                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl       | Ayrıca parmak protezi birlikte faturalandırılmaz.                                                        | 23.520,00      |      |

|        |                                                                                                                         |                                                                                                                                        |   |       |                                                            |            |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|------------------------------------------------------------|------------|
| 100020 | SİLİKON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN PARSİYEL EL PROTEZİ AKRİLİK TIRNAKLI                                                       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl | Ayrıca parmak protezi birlikte faturalandırılmaz.          | 27.440,00  |
| 100021 | SİLİKON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN PARSİYEL AYAK PROTEZİ                                                                      | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl |                                                            | 23.520,00  |
| 100022 | SİLİKON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN CHOPART/BOYD/PIROGOFF PROTEZİ                                                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl |                                                            | 27.440,00  |
| 100023 | SİLİKON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN CHOPART/BOYD/PIROGOFF PROTEZİ (KARBON KOMPOZİT PLAKALI)                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 2 yıl |                                                            | 35.280,00  |
|        | ALT EKSTREMİTE ORTEZLERİ                                                                                                |                                                                                                                                        |   |       |                                                            |            |
| 100024 | KISA YÜRÜME ÇİHAZI (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN )                                                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 2.744,00   |
| 100025 | KISA YÜRÜME ÇİHAZI(KARBON KOMPOZİT İLE ÜRETİLEN )                                                                       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 3.920,00   |
| 100026 | MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN )                                                   | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 9.800,00   |
| 100027 | MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI BEL KEMERLİ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN )                                       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 10.584,00  |
| 100028 | MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI BİLATERAL BEL KEMERLİ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN )                             | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 20.776,00  |
| 100029 | MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI (KARBON KOMPOZİT İLE ÜRETİLEN )                                                      | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 10.976,00  |
| 100030 | MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI BEL KEMERLİ (KARBON KOMPOZİT İLE ÜRETİLEN )                                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 11.760,00  |
| 100031 | MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI BİLATERAL BEL KEMERLİ (KARBON KOMPOZİT İLE ÜRETİLEN )                                | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 23.128,00  |
| 100032 | TOPUK VURUŞU İLE SENKRONİZE MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI                                                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 64.680,00  |
| 100033 | TOPUK VURUŞU İLE SENKRONİZE MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI BEL KEMERLİ                                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 65.464,00  |
| 100034 | TOPUK VURUŞU İLE SENKRONİZE MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI BİLATERAL BEL KEMERLİ                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 130.536,00 |
| 100035 | TOPUK VURUŞU İLE SENKRONİZE MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN )                       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 72.520,00  |
| 100036 | TOPUK VURUŞU İLE SENKRONİZE MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI BEL KEMERLİ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN )           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 73.304,00  |
| 100037 | TOPUK VURUŞU İLE SENKRONİZE MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI BİLATERAL BEL KEMERLİ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN ) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 146.216,00 |
| 100038 | TOPUK VURUŞU İLE SENKRONİZE MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI (KARBON KOMPOZİT İLE ÜRETİLEN )                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 78.400,00  |
| 100039 | TOPUK VURUŞU İLE SENKRONİZE MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME ÇİHAZI BEL KEMERLİ (KARBON KOMPOZİT İLE ÜRETİLEN )              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sandalet fiyata dahil değildir. | 79.184,00  |

|        |                                                                                                                            |                                                                                                                                        |   |       |                                                            |            |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|------------------------------------------------------------|------------|
| 100040 | TOPIK VURUŞU İLE SENKRONİZE MEKANİK KİLİTLİ UZUN YÜRÜME CİHAZI BİLATERAL BEL KEMERLİ (KARBON KOMPOZİT İLE ÜRETİLEN )       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sандаlet fiyata dahil değildir. | 157.976,00 |
| 100041 | DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK STANCE FAZ KONTROLLÜ UZUN YÜRÜME CİHAZI                                                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sандаlet fiyata dahil değildir. | 88.200,00  |
| 100042 | DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK STANCE FAZ KONTROLLÜ UZUN YÜRÜME CİHAZI BEL KEMERLİ                                              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sандаlet fiyata dahil değildir. | 88.984,00  |
| 100043 | DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK STANCE FAZ KONTROLLÜ UZUN YÜRÜME CİHAZI BİLATERAL BEL KEMERLİ                                    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sандаlet fiyata dahil değildir. | 177.576,00 |
| 100044 | DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK STANCE FAZ KONTROLLÜ UZUN YÜRÜME CİHAZI (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN )                       | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sандаlet fiyata dahil değildir. | 96.040,00  |
| 100045 | DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK STANCE FAZ KONTROLLÜ UZUN YÜRÜME CİHAZI BEL KEMERLİ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN )           | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sандаlet fiyata dahil değildir. | 96.824,00  |
| 100046 | DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK STANCE FAZ KONTROLLÜ UZUN YÜRÜME CİHAZI BİLATERAL BEL KEMERLİ (LAMİNASYON TEKNİĞİ İLE ÜRETİLEN ) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sандаlet fiyata dahil değildir. | 193.256,00 |
| 100047 | DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK STANCE FAZ KONTROLLÜ UZUN YÜRÜME CİHAZI (KARBON KOMPOZİT İLE ÜRETİLEN )                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sандаlet fiyata dahil değildir. | 101.920,00 |
| 100048 | DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK STANCE FAZ KONTROLLÜ UZUN YÜRÜME CİHAZI BEL KEMERLİ (KARBON KOMPOZİT İLE ÜRETİLEN )              | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sандаlet fiyata dahil değildir. | 102.704,00 |
| 100049 | DİZ EKLEMİ ELEKTROMEKANİK STANCE FAZ KONTROLLÜ UZUN YÜRÜME CİHAZI BİLATERAL BEL KEMERLİ (KARBON KOMPOZİT İLE ÜRETİLEN )    | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 5 yıl | Ortopedik Bot / PAFO/ Deri Sандаlet fiyata dahil değildir. | 205.016,00 |
|        | DİĞER ORTEZLER                                                                                                             |                                                                                                                                        |   |       |                                                            |            |
| 100050 | RESİPROKAL YÜRÜME ORTEZİ                                                                                                   |                                                                                                                                        | 1 | 5 yıl |                                                            | 19.600,00  |

(1) Sağlık kurulu raporu, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji ve psikiyatri uzman hekimlerinin bulunduğu üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularının sağlık kurullarınca düzenlenecektir.  
(2) Gaziler Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından temin edilmesi halinde bedelli Kurumca karşılanır.

|  |                                                         |  |  |  |  |  |
|--|---------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|
|  | ALT EKSTREMİTE PROTEZLERİ                               |  |  |  |  |  |
|  | MİKROİŞLEMCİLİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMİLİ MODÜLER PROTEZLER |  |  |  |  |  |

**Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1)Aktivite seviyesi (K2), (K3) veya (K4) olan hastalarda ödenir.
- (2) Diz eklemnin aktivite seviyesi hastanın aktivite seviyesiyle uyumlu olacak. Protezin yapımında kullanılan diz eklemi aktivite seviyesi hastanın aktivite seviyesinin altında olması halinde protez bedelli Kurumca karşılanmaz.
- (3) Karbon ayak ve kılıf fiyata dahildir. Karbon ayak ile diz eklemnin aktivite seviyesi uyumlu olacak.
- (4) Kalça dezartikülasyon protezlerinde liner ve jel/silikon dizi ile kullanılmadığından fiyata dahil değildir.
- (5) Diz eklemnin bükülme açısı en az 120 derece olacak.
- (6) Mikroilemci eşzamanlı olarak tepki verecek.
- (7) Diz eklemnin merdiven/rampa inme özelliği olacak.
- (8) Diz eklemi batarya/pil şarj tüketim süresi en az 36 saat olacak. Şarj bittiğinde diz eklemi bloke olmayacak, mekanik olarak kullanılabilir.
- (9) Protezin yapımında kullanılan ara ürünlerin (eklem, ayak, tüp, adaptör, vakum pompası, kilit sistemi vb.) hastanın kilosu ile uyumlu olacak. Hastanın kilosu sağlık kurulu raporunda belirtilecek.
- (10) Sağlık kurulu raporlarında hastaların aktivite seviyesi (K2), (K3) veya (K4) şeklinde tek bir aktivite seviyesi olarak belirtilecek.
- (11) Uygulama Merkezleri'nin yaptıkları protezlerin yukarıda belirtilen teknik özelliklere haiz olduğunu taahhüt etmesi gerekmektedir.

|        |                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |   |        |  |            |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|--|------------|
| 100084 | SALINIM VE DURUŞ FAZLI MİKROİŞLEMCİLİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMİLİ, (HİDROLİK/PNOMATİK) KALÇA EKLEMİLİ, MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl |  | 235.200,00 |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|--|------------|

|        |                                                                                                                                               |                                                                                                                                        |   |        |  |            |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|--|------------|
| 100085 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMÇİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMLİ, (HİDROLİK/PNÖMATİK) KALÇA EKLEMİ, MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl |  | 218.400,00 |
|        | HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMİ MODÜLER PROTEZLER                                                                                               |                                                                                                                                        |   |        |  |            |

**Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1) Aktivite seviyesi (K2), (K3) veya (K4) olan hastalarda ödenir.
- (2) Diz eklemnin aktivite seviyesi hastanın aktivite seviyesiyle uyumlu olacak. Protezin yapımında kullanılan diz eklemnin aktivite seviyesinin hastanın aktivite seviyesinin altında olması halinde, protez bedeli Kurumca karşılanmaz.
- (3) Karbon ayak ve kılıfı fiyata dahildir. Karbon ayak ve diz eklemnin aktivite seviyesi uyumlu olacak.
- (4) Kalça dezartikülasyon protezlerinde liner ve jel/silikon dışılık kullanılmadığından fiyata dahil değildir.
- (5) Diz eklemnin bükülme açısı asgari 120 derece olacak.
- (6) Protezin yapımında kullanılan ara ürünlerin (eklem, ayak, tıp, adaptör, vakum pompası, kilit sistemi vb.) hastanın kilosı ile uyumlu olacak ve sağlık kurulu raporunda hastanın kilosı belirtilecek.
- (7) Sağlık kurulu raporlarında hastaların aktivite seviyesi (K2), (K3) veya (K4) şeklinde tek bir aktivite seviyesi olarak belirtilecek.
- (8) Uygulama Merkezleri, hastaların durumlarına göre protezin yapımında monosentrik ya da polisentrik diz eklem kullanacaklar.
- (9) Uygulama Merkezleri yaptıkları protezlerin yukarıda belirtilen teknik özelliklere haiz olduğunu taahhüt etmesi gerekmektedir.

|        |                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |   |        |  |            |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|--|------------|
| 100086 | SALINIM FAZİ HİDROLİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMİ, (HİDROLİK/PNÖMATİK) KALÇA EKLEMİ, MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl |  | 204.680,00 |
| 100087 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMİ, (HİDROLİK/PNÖMATİK) KALÇA EKLEMİ, MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl |  | 205.800,00 |
|        | PNÖMATİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMİ MODÜLER PROTEZLER                                                                                         |                                                                                                                                        |   |        |  |            |

**Teknik Özellikler ve Ödeme Koşulları:**

- (1) Aktivite seviyesi (K2), (K3) veya (K4) olan hastalarda ödenir.
- (2) Diz eklemnin aktivite seviyesi hastanın aktivite seviyesiyle uyumlu olacak. Protezin yapımında kullanılan diz eklemi aktivite seviyesinin, hastanın aktivite seviyesinin altında olması halinde protez bedeli Kurumca karşılanmaz.
- (3) Karbon ayak fiyata dahildir. Karbon ayak ve diz eklemi aktivite seviyesi uyumlu olacak.
- (4) Kalça dezartikülasyon protezlerinde liner ve jel/silikon dışılık kullanılmadığından fiyata dahil değildir.
- (5) Diz eklemnin bükülme açısı asgari 120 derece olacak.
- (6) Protezin yapımında kullanılan ara ürünlerin (eklem, ayak, tıp, adaptör, vakum pompası, kilit sistemi vb.) hastanın kilosı ile uyumlu olacak ve sağlık kurulu raporunda hastanın kilosı belirtilecek.
- (7) Sağlık kurulu raporlarında hastaların aktivite seviyesi (K2), (K3) veya (K4) şeklinde tek bir aktivite seviyesi olarak belirtilecek.
- (8) Uygulama Merkezleri, hastaların durumlarına göre protezin yapımında monosentrik ya da polisentrik diz eklem kullanacaklar.
- (9) Uygulama Merkezleri yaptıkları protezlerin yukarıda belirtilen teknik özelliklere haiz olduğunu taahhüt etmesi gerekmektedir.

|        |                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 100088 | SALINIM FAZİ PNÖMATİK, DURUŞ FAZİ MEKANİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMİ, (HİDROLİK/PNÖMATİK) KALÇA EKLEMİ, MODÜLER KALÇA DEZARTİKÜLASYON PROTEZİ | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 10 yıl |                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 189.448,00 |
|        | PROTEZ ARA ÜRÜNLERİ                                                                                                                     |                                                                                                                                        |   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |
| 100066 | AYAK BİLEĞİ ROTASYON YAPABİLEN KARBON AYAK FARKI (K3, K4)                                                                               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        | Esnek, simetrik yürüyüş özelliği olan ve internal-external dinamik rotasyon, inversiyon, eversiyon ve dikey yüklenme yapabilen karbon ayak<br>Bu listede ve SUT eki EK-3/C-2 listesinde yer alan protezler ile birlikte fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.               | 10.626,00  |
| 100067 | HİDROLİK AYAK BİLEĞİ EKLEMİ KARBON AYAK FARKI (K3, K4)                                                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        | Bu listede ve SUT eki EK-3/C-2 listesinde yer alan protezler ile birlikte fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.                                                                                                                                                             | 63.756,00  |
| 100068 | AYAK BİLEĞİ MİKROİŞLEMÇİ KONTROLLÜ, HİDROLİK/ELEKTRİK MOTORLU AKTÜATÖRLÜ KARBON AYAK FARKI (K2, K3, K4)                                 | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 |        | Bu listede ve SUT eki EK-3/C-2 listesinde yer alan protezler ile birlikte fatura edilmesi halinde Kurumca bedeli karşılanır.                                                                                                                                                             | 95.956,00  |
| 100069 | AYAK BİLEĞİ ROTASYON YAPABİLEN KARBON AYAK DEĞİŞİMİ (K3, K4)                                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | 1 | 3 yıl  | Esnek, simetrik yürüyüş özelliği olan ve internal-external dinamik rotasyon, inversiyon, eversiyon ve dikey yüklenme yapabilen karbon ayak<br>Bu listede ve SUT eki EK-3/C-2 listesinde yer alan protezlerin tamir bakım işlemlerinde fatura edilmesi halinde bedeli Kurumca karşılanır. | 11.270,00  |

|        |                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                        |   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
|--------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 100070 | HİDROLİK AYAK BİLEŞİ EKLEMLİ KARBON AYAK DEĞİŞİMİ (K3, K4)                                                                                                        | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | I | 3 yıl | Bu listede ve SUT eki EK-3/C-2 listesinde yer alan protezlerin tamir bakımı işlemlerinde fatura edilmesi halinde bedelli Kurumca karşlanır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 64.400,00  |
| 100071 | AYAK BİLEŞİ MİKROİŞLEMCİ KONTROLLÜ, HİDROLİK / ELEKTRİK MOTORLU AKTÜATÖRLÜ KARBON AYAK DEĞİŞİMİ (HİDROLİK AKTÜATÖRLÜ K3, K4 / ELEKTRİK MOTORLU AKTÜATÖRLÜ K2, K3) | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | I | 3 yıl | Bu listede ve SUT eki EK-3/C-2 listesinde yer alan protezlerin tamir bakımı işlemlerinde fatura edilmesi halinde bedelli Kurumca karşlanır.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 96.600,00  |
| 100089 | SALINIM FAZİ MİKROİŞLEMCİ, DURUŞ FAZİ HİDROLİK KONTROLLÜ DİZ EKLEMİ DEĞİŞİMİ                                                                                      | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | I | 3 yıl | Bu liste ve SUT eki EK-3/C-2 listelerinde yer alan protezler ile birlikte fatura edilemez. Ancak, bu listenin ALT EKSTREMİTE PROTEZLERİ başlığı altında ve SUT eki EK-3/C-2 listesinin "MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER" başlığı altında yer alan diz eklemi mikroişlemci kontrollü protezlerin tamir bakımı işlemlerinde fatura edilmesi halinde Kurumca bedelli karşlanır.                                                                                                                                                                                                    | 92.400,00  |
| 100090 | SALINIM VE DURUŞ FAZİ MİKROİŞLEMCİ KONTROLLÜ DİZ EKLEMİ DEĞİŞİMİ                                                                                                  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | I | 3 yıl | Bu liste ve SUT eki EK-3/C-2 listelerinde yer alan protezler ile birlikte fatura edilemez. Ancak, bu listenin ALT EKSTREMİTE PROTEZLERİ başlığı altında ve SUT eki EK-3/C-2 listesinin "MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER" başlığı altında yer alan diz eklemi mikroişlemci kontrollü protezlerin tamir bakımı işlemlerinde fatura edilmesi halinde Kurumca bedelli karşlanır.                                                                                                                                                                                                    | 100.800,00 |
| 100091 | KARBON AYAK FARKI (K2)                                                                                                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | I |       | Karbon ayak esnek, hafif plantar fleksiyon yapabilen, karbon kompozitten üretilmiş olmalıdır. Bu listede yer alan ve SUT eki EK-3/C-2 listesinde "MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER" başlığı altında yer alan protezler ile birlikte fatura edilemez. EK-3/C-2 listesindeki diğer protezler ile birlikte fatura edilmesi halinde Kurumca bedelli karşlanır.                                                                                                                                                                                                                       | 3.138,80   |
| 100092 | KARBON AYAK FARKI (K3)                                                                                                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | I |       | Esnek, hafif, inversiyon, eversiyon, plantar fleksiyon ve torsiyon yapabilen karbon kompozitten üretilmiş olmalıdır. Bu listede yer alan ve SUT eki EK-3/C-2 listesinde "MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER" başlığı altında yer alan protezler ile birlikte fatura edilemez. EK-3/C-2 listesindeki diğer protezler ile birlikte fatura edilmesi halinde Kurumca bedelli karşlanır.                                                                                                                                                                                                | 4.347,00   |
| 100093 | KARBON AYAK FARKI (K4)                                                                                                                                            | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | I |       | Esnek, hafif, inversiyon, eversiyon, plantar fleksiyon, torsiyon ve dikay yükleme yapabilen karbon kompozitten üretilmiş olmalıdır. Bu listede yer alan ve SUT eki EK-3/C-2 listesinde "MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER" başlığı altında yer alan protezler ile birlikte fatura edilemez. EK-3/C-2 listesindeki diğer protezler ile birlikte fatura edilmesi halinde Kurumca bedelli karşlanır.                                                                                                                                                                                 | 6.762,00   |
|        | TEKERLEKLİ SANDALYELER                                                                                                                                            |                                                                                                                                        |   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |
| 100072 | AKTİF TEKERLEKLİ SANDALYE                                                                                                                                         | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | H | 5 yıl | Alüminyum alaşımları / titanyum / karbon kompozitten üretilen, oturma derinliği, oturma genişliği, sırt yüksekliği ve bacak uzunluğu gibi ölçütlere göre kullanıcıların ihtiyacı olan aksesuarlarda ilave ederek hareketli, iç ve dış ortamda kullanılabilen, lastiklere 6-8 bar hava basılarak hastanın çok hızlı ve kolay hareket etmesini sağlayabilen, 7-12 kg arasında ağırlığı olan                                                                                                                                                                                                            | 14.112,00  |
| 100005 | ÖZELLİKLİ AKÜLÜ TEKERLEKLİ SANDALYE                                                                                                                               | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | H | 5 yıl | Destekli, elektrikli ayak ve sırt ayar kontrollü, elektrikle yerden yüksekliği ayarlanabilen, far sinyali ışıklarında sistemi takılabilen, paslanmaz çelik metal alçan, patlamayan lastik, dış kullanımı için amortisör sistemi, araba koltuğu veya düz koltuk sistemine sahip, lateral destekler takılabilen, en az 50 ah 12 V akülere sahip, saatte max 10 km/h hız yapabilen, sağa sola dönüş hızlanma kontrol ünitesine sahip, fren mesafesi kullanıcı özelliklerine göre bilgisayarla akülü sandalyeye bağlanabilir 140 kg a kadar hastaları taşıma kapasitesine sahip, şase sistemi çelik olan | 39.200,00  |
| 100073 | BANYO TUVALET SANDALYESİ                                                                                                                                          | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | H | 5 yıl | Banyo yapmaya elverişli, şase üzeri elektro statik boyalı kaplı, su sabun şampuan vs. etkilenebilen, oturma zemini dekübitör önlemek için yumuşak olan, altında doldurma boşaltma kovanı olan gerektiğinde kova yerine klozet kullanımı için arka tekerlekler 20-24 inç aralığında olan                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 2.940,00   |
|        | DİĞER PROTEZ-ORTEZLER                                                                                                                                             |                                                                                                                                        |   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |            |

|        |             |  |   |  |  |           |
|--------|-------------|--|---|--|--|-----------|
| 100074 | GÖZ PROTEZİ |  | I |  |  | 12.544,00 |
|--------|-------------|--|---|--|--|-----------|

- (1) Göz protezleri hareketli bir malzeme olmayıp, göz protezinin hareketi, hastanın daha önce geçirdiği cerrahi müdahale ile ilgilidir.  
(2) Üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucuları tarafından düzenlenen, en az 1 (bir) Göz Hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi ve Göz Hastalıkları uzman hekimince reçetelendirilmesi halinde göz protez bedelleri Kurumca karşılanır.  
(3) Kişiyi özel olarak üretilen göz protezlerinin, protezi temin eden firma tarafından yılda bir defa bakımı yapılması gerekmektedir.  
(4) Cerrahi işlemden sonraki ilk protezin değişmesi gerektiğinin sağlık kurulu raporu ile belgelendirilmesi halinde 2 (iki) yıldan önce Kurumca bedeli karşılanmaz, daha sonraki protezin miat süresi ise 5 (beş) yıldır.

|        |                            |                                                                                                                                                                       |   |       |                                                                                                                                             |          |
|--------|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 100075 | ANTİDEKÜBİT OTURMA SİSTEMİ | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon, ortopedi ve travmatoloji, nöroloji veya nöroşirürji uzman hekimlerden herhangi birinin yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | H | 2 yıl | Duyu kaybı olan ve uzun süre oturan hastalarda dekübit yaralarının oluşmasını önleyen kuru hava dolajımlı, hücreli ya da jel oturma sistemi | 3.920,00 |
|        | BANYO PROTEZLERİ           |                                                                                                                                                                       |   |       |                                                                                                                                             |          |

- (1) Banyo protezlerinin su ve korozyona dayanıklı, eminme direnci yüksek, hidrostatik yasalara uygun olarak yapılması gerekmektedir. Bu protezler klasik protez tarzında plastikten vb. üretilen, silikon dizlik ya da süspansiyon sağlayıcı (uyluk bandı vb) parça ilave edilmiş protezlerdir.

|        |                                                       |                                                                                                                                        |   |       |                                                                   |           |
|--------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------|-------------------------------------------------------------------|-----------|
| 100007 | DİZ ALTI BANYO PROTEZİ                                | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | I | 5 yıl | İzalsasyon ve süspansiyon malzemeleri dahildir.                   | 7.056,00  |
| 100008 | DİZ ÜSTÜ/DİZ DEZARTİKÜLASYON BANYO PROTEZİ [EKLEMSİZ] | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | I | 5 yıl | İzalsasyon ve süspansiyon malzemeleri dahildir.                   | 8.820,00  |
| 100009 | DİZ ÜSTÜ/DİZ DEZARTİKÜLASYON BANYO PROTEZİ [EKLEMLİ]  | Fiziksel tıp ve rehabilitasyon ile ortopedi ve travmatoloji uzman hekimlerinin birlikte yer aldığı sağlık kurulu raporu gerekmektedir. | I | 5 yıl | Plastik eklemler, izalsasyon ve süspansiyon malzemeleri dahildir. | 14.112,00 |

Tıbbi malzeme alan tanımına ait ödeme kriterleri ve/veya kuralları, bulunduğu satırın altında yer almaktadır. Tıbbi malzeme alan tanımını kapsayan başlığın altında yer alan ödeme kriterleri ve/veya kuralları, başlığın altındaki tüm malzeme alan tanımına aittir.

#### ÖZEL KOŞULLAR

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | SUT eki EK-3/C-2 listesinde "MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER" başlığı altında yer alan "KARBON AYAK DEĞİŞİMİ" isimli malzeme bedelleri, bu listede ve SUT eki EK-3/C-2 listesinde yer alan protezlerin tamir bakım işlemlerinde öngörülmesi halinde Kurumca karşılanır.           |
| 2 | SUT eki EK-3/C-2 listesinde "MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER" başlığı altında yer alan "DİZ EKLEMLİ DEĞİŞİMİ" isimli malzeme bedelleri, bu listede yer alan protezlerin tamir bakım işlemlerinde öngörülmesi halinde Kurumca karşılanır.                                          |
| 3 | SUT eki EK-3/C-2 listesinde "MOBİLİTE VE AKTİVİTE DESTEKLEYİCİ ORTEZ VE PROTEZLER" başlığı altında yer alan "KARBON AYAK DEĞİŞİMİ" ve bu listede yer alan "KARBON AYAK FARKI" isimli malzemelerin bu listede yer alan banyo protezleri ile birlikte öngörülmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanmaz. |