

11.10.2017 TARİHLİ SUT	04.02.2018 TARİHLİ SUT
<p>1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payı (4) Sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonucunda oluşan ve eczanelerce kişilerden tahsil edileceği belirtilen ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payları SUT'un 4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi başlıklı maddesinde tanımlanan yatan hasta reçeteleri hariç olmak üzere, kişilerin reçete ile eczaneye ilk müracaatında kişilerden tahsil edilir.</p>	<p>1.8.1 - Ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payı (4) Sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonucunda oluşan ve eczanelerce kişilerden tahsil edileceği belirtilen ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payları SUT'un 4.1.2 - Yatarak tedavilerde reçetelerin düzenlenmesi başlıklı maddesinde tanımlanan yatan hasta reçeteleri ile 5510 sayılı Kanununun 60 ıncı maddesinin on ikinci fıkrası kapsamında genel sağlık sigortalısı sayılanlara askerlik hizmeti süresince düzenlenen reçeteleri hariç olmak üzere, kişilerin reçete ile eczaneye ilk müracaatında kişilerden tahsil edilir.</p>
<p>3.1 - Tıbbi malzeme temin esasları 3.1.1 -Tanım ve genel hükümler (8) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilmek suretiyle dışardan temin ettirilmesi halinde, şahıs ödemesi olarak SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır</p>	<p>3.1 - Tıbbi malzeme temin esasları 3.1.1 -Tanım ve genel hükümler (8) SUT eki EK-3/C-2, EK-3/C-3 ve EK-3/C-5 listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilmek suretiyle dışardan temin ettirilmesi halinde, şahıs ödemesi olarak SUT hükümleri doğrultusunda bedelleri Kurumca karşılanır Bu listelerde yer alan tıbbi malzemelerden sözleşmeler kapsamında temin edilmesi gereken malzemelerin bedelleri ise bu malzemelerin ancak sözleşmeli merkez/eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır. SUT eki EK-3/C-4 listesinde yer alan, ancak yatarak tedaviler sırasında Kurumla sözleşmeli sağlık kurumlarınca temin edilmesi gereken tıbbi malzeme listelerinde yer alan tıbbi malzemelerin geri ödeme işlemleri, malzemenin yatarak tedaviler sırasında hastalara reçete edilerek dışardan temin ettirilmesi halinde şahıs ödemesi kapsamında altıncı ve yedinci fıkralarında yer alan hükümler doğrultusunda yapılır. Ancak taburcu olan hastalara reçetelendirilecek malzemeler, ayakta tedavi kapsamında değerlendirilir</p>
<p>3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler (10) SUT' ta geçerlilik süreleri ayrıca belirtilenler hariç olmak üzere tıbbi malzemelerin teminine ilişkin düzenlenen sağlık raporları ile ilgili olarak;</p>	<p>3.1.2 - Ayakta tedavilerde kullanılan tıbbi malzemeler (10) SUT' ta geçerlilik süreleri ayrıca belirtilenler hariç olmak üzere tıbbi malzemelerin teminine ilişkin düzenlenen sağlık raporları ve reçeteler ile ilgili olarak;</p>

<p>a) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporları en fazla 2 yıl süre ile geçerlidir.</p> <p>b) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemeler için düzenlenen sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında en fazla 2 ay olmalıdır. Ancak temin edilen tıbbi malzemenin ısmarlama ürün olması halinde sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre en fazla 4 ay olmalıdır.</p> <p>c) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin düzenlenen sağlık raporlarına istinaden temin edilen tıbbi malzeme reçeteleri, Kurum kayıtlarında yer alan malzeme bitim tarihinden 15 gün öncesine kadar düzenlenebilir.</p>	<p>a) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin sağlık raporları en fazla 2 yıl süre ile geçerlidir.</p> <p>b) Bir defaya mahsus verilen tıbbi malzemeler için;</p> <p>1) Şahıs ödeme kapsamında temin edilecek olması durumunda, sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasında süre en fazla 2 ay, temin edilen malzemenin ısmarlama ürün olması halinde ise sağlık raporu tarihi ile fatura tarihi arasındaki süre en fazla 4 ay olmalıdır.</p> <p>2) Sözleşmeli merkez/eczanelerden temin edilecek olması durumunda, malzemenin hazır veya ısmarlama olduğuna bakılmaksızın sağlık raporu tarihinden itibaren en geç 2 ay içerisinde reçetenin düzenlenmesi gerekmekte olup, sağlık raporu ile fatura tarihi arasındaki süre dikkate alınmaz</p> <p>c) Sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin düzenlenen sağlık raporlarına istinaden temin edilen tıbbi malzeme reçeteleri, Kurum kayıtlarında yer alan malzeme bitim tarihinden 15 gün öncesine kadar düzenlenebilir.</p> <p>ç) SUT'ta belirtilen istisnalar hariç olmak üzere sürekli kullanılan tıbbi malzemelere ilişkin reçeteler en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda düzenlenir</p>
<p>(19) Ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait fatura bedelleri malzemenin sözleşmeli satış merkezleri veya eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır</p>	<p>(19) Ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait fatura bedelleri malzemenin sözleşmeli satış merkezleri veya eczanelerden temin edilmesi halinde Kurumca karşılanır. Ancak; "İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri ile İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik" kapsamında Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış protez ve ortez merkezleri ile işitme cihazı merkezlerinden temin edilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanacak tıbbi malzemeler ile Kurumca iade alınan tıbbi malzeme bedelleri sözleşmeler tamamlanıncaya kadar şahıs ödemesi şeklinde yapılır</p>
<p>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar 3.fıkranın; c) BCG canlı intravezikal; tıbbi onkoloji veya üroloji uzman</p>	<p>4.2.14.C - Özel düzenleme yapılan ilaçlar 3 fıkranın ; c) BCG canlı intravezikal; Tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerinden birinin yer</p>

<p>hekimlerinden birinin yer aldığı tedavi protokolünü gösterir sağlık kurulu raporuna dayanılarak tıbbi onkoloji veya üroloji uzman hekimlerince reçete edilir</p>	<p>aldığı, tedavi protokolü ve teşhise esas teşkil eden radyoloji, patoloji veya sitoloji raporu ile hastalığın evresi veya risk grubunu gösterir en fazla bir yıl süreli sağlık kurulu raporuna dayanılarak üroloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.”</p>
	<p>Üçüncü fıkrasına aşağıdaki bentler eklenmiştir.</p> <p>“kk) Blinatumomab; Relaps/refrakter prekürsor B hücreli ALL tanısı konulan ve CD19 pozitifliği histopatolojik veya akım sitometrik olarak gösterilen Philadelphia kromozomu negatif olan ve aşağıdaki kriterlerintümünü karşılayan relaps/refrakter olgularda;</p> <ol style="list-style-type: none">1) En az bir kurtarma tedavisi (FLAG+antrasiklin, yüksek doz sitozin arabinozid tabanlı kombine tedaviyi; yüksek doz metotreksat tabanlı kombine tedaviyi; klofarabin tabanlı kombine tedaviyi tam süre ve dozda) almış ve yanıt alınmamış,2) Sistemik mantar enfeksiyonu olmayan,3) Merkezi sinir sistemi tutulumu olmayan,4) Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal olan,5) HLA doku grubu uyumlu vericisi olan hastalarda, Sağlık Bakanlığınca ruhsatlandırılmış ve çalışma izni almış kemik iliği nakli merkezlerinde, en az bir çocuk/erişkin hematoloji uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, allojenik kök hücre nakli öncesi blast klirensinin sağlanması için maksimum 2 siklus kullanılması halinde bedeli ödenir. <p>ll) Brentuksimab vedotin;</p> <ol style="list-style-type: none">1) Aşağıdaki endikasyonlarda;<ol style="list-style-type: none">a) Otolog kök hücre nakli sonrasında veya otolog kök hücre naklinin ya da çoklu ajan içeren kemoterapinintedavi seçeneği olmadığı durumda en az iki seri tedavi sonrasında nükseden veya tedaviye dirençli CD30 pozitif hodgkin lenfoma tanılı yetişkin hastalar için,b) Otolog kök hücre nakli sonrasında relaps veya progresyon riski artan CD30 pozitif hodgkin lenfoma tanılı yetişkin hastalar için,c) En az iki seri kombinasyon kemoterapisi ve/veya otolog kök hücre transplantasyonuna cevapsızlık veya nüks gelişen CD30 pozitif

	<p>anaplastik büyük hücreli lenfoma tanılı hastalar için kullanılması halinde.</p> <p>2) Bu durumların belirtildiği en az bir hematoloji uzman hekiminin bulunduğu sağlık kurulu raporuna dayanılarak hematoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p> <p>3) Brentuksimab vedotini 4 siklus alan hastalarda tedaviye yanıt değerlendirmesi yapılır. En az kısmi yanıt gelişen hastalarda bu durumu belirten en az bir hematoloji uzman hekiminin bulunduğu yeni bir sağlık kurulu raporu düzenlenerek en fazla 12 siklus daha tedaviye devam edilebilir.</p> <p>mm) Afatinib;</p> <p>1) Aşağıdaki endikasyonlarda monoterapi şeklinde kullanılır.</p> <p>a) ECOG performans skoru en fazla 2 olan, Epidermal Büyüme Faktörü Reseptörü (EGFR) gen exon 19 delesyonu olan, lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (NSCLC) daha önce kemoterapi almış ve progresyon gelişmiş yetişkin hastaların tedavisinde,</p> <p>b) Platin bazlı kemoterapi sırasında veya sonrasında progresyon gösteren skuamöz histolojiye sahip EGFR gen exon 19 delesyonu olan lokal ileri evre veya metastatik küçük hücreli dışı akciğer kanserli (NSCLC) hastaların tedavisinde,</p> <p>2) Bu durumların belirtildiği en az bir tıbbi onkoloji uzman hekiminin bulunduğu, 6 ay süreli sağlık kurulu raporuna istinaden tıbbi onkoloji uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi ve reçete ekinde genetik tetkik sonucu bulunması halinde bedeli ödenir.”</p>
<p>4.2.24.A - Astım tedavisinde</p> <p>(1) Formeterol, salmeterol, vilanterol ve kombinasyonları; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de reçete edilebilir.</p> <p>(2) Montelukast, zafirlukast; iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve alerji uzman</p>	<p>4.2.24.A - Astım tedavisinde</p> <p>(1) Formeterol, salmeterol, vilanterol ve kombinasyonları; göğüs hastalıkları, göğüs cerrahisi, alerji, iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilir. Bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporu mevcut ise tedavinin devamı için diğer hekimlerce de reçete edilebilir.</p> <p>(2) Montelukast, zafirlukast; iç hastalıkları, çocuk sağlığı ve hastalıkları, göğüs hastalıkları ve alerji uzman hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri</p>

<p>hekimleri tarafından veya bu uzman hekimlerden biri tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir</p>	<p>tarafından düzenlenen uzman hekim raporuna dayanılarak diğer hekimlerce de reçete edilebilir</p> <p>(3) Mepolizumab;</p> <p>a) Aşağıdaki kriterlerin tümünü karşılayan “Hipereozinofilik Persistan Astım” tanılı hastalarda;</p> <p>1) 12 yaş ve üzerinde,</p> <p>2) Kan eozinofil sayımının ≥ 300 hücre/μl olması (uzun süredir düzenli sistemik steroid kullanan hastalarda ise tedavi altında ≥ 150 hücre/μl olması),</p> <p>3) En az 6 aydır düzenli sistemik steroid altında kontrollü veya kontrolsüz astımı olması ve/veya yüksek doz inhaler kortikosteroid (>800 mcg/gün budesonid veya eşdeğeri) ve inhaler uzun etkili beta iki agonist kombinasyonu ile birlikte 3 üncü bir kontrol edici ilacı en az 1 (bir) yıldır kullanmakta olmasına rağmen kontrolsüz astımı olması (en az 3 gün sistemik kortikosteroid kullanımını gerektiren yılda en az 2 atağı olması).</p> <p>b) Üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında, en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p> <p>c) İlk tedaviye yanıtın üçüncü basamak sağlık hizmeti sunucularında 16 ncı haftada değerlendirilmesi ve tedaviye devamın uygun görülmesi halinde bu durumun belirtildiği en az bir immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporu ile immünoloji ve alerji hastalıkları uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.”</p>
	<p>4.2.50. Chenodeoxycholic Acid kullanım ilkeleri;</p> <p>(1) Xanthomatosis Cerebrotendinous hastalığının tedavisinde “CYP27A1 genindeki mutasyonun belgelendirilmesi ve en az bir çocuk metabolizma veya çocuk endokrinoloji ve metabolizma hastalıkları uzman hekiminin yer aldığı sağlık kurulu raporuna dayanılarak, çocuk metabolizma, çocuk endokrinoloji ve metabolizma veya çocuk/erişkin nöroloji</p>

	<p>uzman hekimleri tarafından reçete edilmesi halinde bedeli ödenir.</p>
<p>BEŞİNCİ BÖLÜM Faturalandırma ve Ödeme 5.1 - MEDULA sistemi (1) Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularına, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için Kurum mevzuatı gereği istenilen bilgilerin Kurumca belirlenen istisnalar hariç olmak üzere MEDULA sistemine girilmesi zorunludur. Kurumca “MEDULA Web Servisleri Kullanım Kılavuzu” ayrıca yayımlanmakta olup sağlık hizmeti sunucularının MEDULA entegrasyonu için yapacakları yazılımlar Kılavuzdaki açıklamalara göre gerçekleştirilecektir. Ayrıca Kurumla sözleşmeli/protokollü sağlık hizmeti sunucularının, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için, Kurumca belirlenecek sağlık hizmetlerine ait oluşturulan Ulusal Kayıt Formlarını ve MEDULA sistemine girilmesi gerekli görülen geri ödemeye esas teşkil edecek diğer bilgi/belgelerini MEDULA sistemine girmesi zorunludur. Sağlık hizmeti Ulusal Kayıt Formları ve MEDULA sistemine girilmesi gerekli görülen geri ödemeye esas teşkil edecek diğer bilgi/belgeler ile ilgili uyulması gereken kurallar Kurumca ayrıca duyurulacaktır. (2) Sunulan hizmete ilişkin MEDULA sisteminden alınan provizyonlar ön izin niteliğinde olup mevzuat ile açıkça belirtilmediği sürece hiçbir zaman tek başına yeterli sayılmayacak, bunlarla ilgili sisteme eklenmemiş diğer kuralların varlığı halinde gerekli kontroller sağlık hizmeti sunucularınca yapılmaya devam edilecektir</p>	<p>BEŞİNCİ BÖLÜM Faturalandırma ve Ödeme 5.1- MEDULA sistemi (1) Kurumla protokollü/sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularına, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için Kurum mevzuatı gereği istenilen bilgilerin belirlenen istisnalar hariç olmak üzere MEDULA sistemine girilmesi zorunludur. (2) Kurumca “MEDULA Web Servisleri Kullanım Kılavuzu” ayrıca yayımlanmakta olup sağlık hizmeti sunucularının MEDULA entegrasyonu için yapacakları yazılımlar Kılavuzdaki açıklamalara göre gerçekleştirilir. (3) Ayrıca Kurumla protokollü/sözleşmeli sağlık hizmeti sunucularının, sundukları sağlık hizmetlerine ilişkin bedellerin ödenebilmesi için, Kurumca belirlenecek sağlık hizmetlerine ait oluşturulan ulusal kayıt formlarını ve MEDULA sistemine girilmesi gerekli görülen geri ödemeye esas teşkil edecek diğer bilgi/belgelerini MEDULA sistemine girmesi zorunludur. Sağlık hizmeti ulusal kayıt formları ve MEDULA sistemine girilmesi gerekli görülen geri ödemeye esas teşkil edecek diğer bilgi/belgeler ile ilgili uyulması gereken kurallar Kurumca ayrıca duyurulur. (4) Sunulan hizmete ilişkin MEDULA sisteminden alınan provizyonlar ön izin niteliğinde olup mevzuat ile açıkça belirtilmediği sürece tek başına yeterli değildir. Sağlık hizmetine ilişkin elektronik olarak sisteme eklenmemiş kuralların varlığı halinde gerekli kontroller sağlık hizmeti sunucularınca yapılır.</p>
	<p>5.2 – Fatura düzenlenmesi başlıklı madde altına aşağıdaki kısım eklenmiştir. (1) Sağlık hizmeti sunucuları; a) MEDULA sisteminden provizyon alarak MEDULA sistemine kaydettikleri hizmetler için (SUT’ta belirtilen istisnalar hariç) tek fatura/e-fatura düzenler.</p>

	<p>b) MEDULA sisteminden provizyon alınamaması nedeniyle MEDULA sistemine kaydedilemeyen aşağıda sayılan hizmetler için ayrı manuel fatura düzenler.</p> <p>1) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan ve YUPASS entegrasyonu olmaması nedeniyle sosyal güvenlik il müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış “Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi” (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilere ait her türlü işlemler ülke bazında ayrı ayrı manuel faturalandırılır.</p> <p>2) Hizmet Sunumu Genel Müdürlüğü yetkililerince imzalanacak bir tutanak ile tevsik edilmesi kaydıyla MEDULA sisteminden kaynaklanan arıza nedeniyle provizyon numarasının alınmadığı süre zarfında sağlık hizmeti bedellerinin Kurumca karşılandığını yazılı olarak beyan etmek veya belgelemek suretiyle müracaat eden kişilerden daha sonra yapılan sorgulama sonucu müstehak olmadığı tespit edilenlere ait tüm işlemler ayrı faturalandırılır.</p> <p>3) Kurumdan kaynaklanan sebeplerden dolayı elektronik ortamda Kuruma fatura edilemeyen sağlık hizmeti bedelleri ile provizyon alınamadan vefat eden hastaların tedavi bedelleri manuel olarak fatura edilebilir.</p> <p>(2) Sağlık hizmeti sunucuları trafik kazası, iş kazası, meslek hastalıkları ve adli vaka nedeniyle sundukları sağlık hizmetleri için ayrı fatura düzenlemeyecek, ancak icmal listelerinde bu grup vakalar ayrı ayrı belirtilecek olup örnekleme yapılmaksızın tamamı incelenir.</p> <p>(3) Sağlık hizmeti sunucularından sağlık hizmeti alımına ilişkin yapılan protokollerin/sözleşmelerin faturalama ile ilgili hükümleri saklıdır.</p> <p>(4) Kurumun “e-reçete/e-fatura alıcısı” uygulamasına başlaması halinde Kurumca duyurulacak usul ve esaslara uyulur.</p>
<p>5.2.2 – Eczane faturalarının düzenlenmesi (1) Eczaneler tarafından, her ayın ilk ve son gününü kapsayan döneme ait reçeteler, o ayın son günü tarihini</p>	<p>5.2.2 – Eczane faturalarının düzenlenmesi (1) MEDULA eczane sistemini kullanan sözleşmeli eczaneler tarafından Kurum mevzuatı ile belirlenen esaslar çerçevesinde karşılanan reçetelerden;</p>

taşıyacak şekilde MEDULA eczane provizyon sistemi üzerinden sonlandırılır ve faturalandırılır.

(2) Fatura sınıflandırılması;

a) Kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

b) Yatan hasta reçeteleri, gününbirlik tedavi reçeteleri ve sağlık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçetelere ait faturalar,

e) İş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve adli vaka reçetelerine ait her hasta için ayrı ayrı olmak üzere düzenlenen faturalar,

ç) 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalarak yaralanan ve bu duruma ilişkin ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belge ile müracaat eden kişilere ait faturalar,

d) Eczanelerden ilaç teminine ilişkin mevzuatta ayrı faturalandırılmasına dair düzenleme yapılmış reçetelere ait faturalar,

e) YUPASS numarası ile provizyon alan kişilere ait reçeteler için ülke bazında ayrı ayrı olmak üzere düzenlenen faturalar (kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içerenler ayrı olmak üzere);

f) Yukarıdaki grupların dışında kalan reçetelere ait faturalar, ayrı ayrı üçer nüshalı (bir nüshası eczacı tarafından aslı gibidir onaylı fotokopi olabilir) alt gruplar halinde düzenlenir.

(3) Manuel düzenlenecek faturalar;

a) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan ve Sosyal Güvenlik İl Müdürlüklerince düzenlenmiş ve onaylanmış Sosyal Güvenlik Sözleşmesine Göre Sağlık Yardım Belgesi (aslı veya fotokopisi) ile müracaat eden kişilerin reçetelerine ait faturalar ülke bazında olmak üzere,

b) Kurum bilgi işlem sisteminden hasta takip numarası/provizyon alınamamasına rağmen sağlık yardımları yeterli prim ödeme gün sayısı olmaksızın ve/veya prim borcu olup olmadığına

a) Her ayın ilk ve son günü arasındaki döneme ait reçeteler, o aya ait son günün tarihini taşıyacak şekilde provizyon sistemi üzerinden dönem sonlandırması yapılarak faturalandırılır.

b) Kan ürünü ve hemofili reçeteleri ise; her ayın 1'i ile 15'i arasında karşılanan reçeteler takip eden 3 iş günü içinde, her ayın 16'sı ile ayın son günü arasında karşılanan reçeteler ise takip eden 3 iş günü içinde olmak üzere ayda iki kere faturalandırılır.

(2) Faturalar;

a) Yatan hasta reçetelerini (gününbirlik tedavi reçeteleri de dahil) ve sağlık raporu ile temin edilen ilaç/ilaçları içeren reçeteler "A Grubu",

b) Kurum mevzuatına göre ayrı fatura edilmesine ilişkin düzenleme olmayan veya içeriğinde herhangi bir raporlu ilaç bulundurmayan ayaktan hasta reçeteleri "B Grubu",

c) Kurum mevzuatına göre ayrı fatura edilmesine ilişkin düzenleme olan reçetelerden;

1) Kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içeren reçeteler "C Grubu Kan Ürünü",

2) Sıralı dağıtım sistemine tabi diğer reçeteler "C Grubu Sıralı Dağıtım",

3) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan ve YUPASS numarası ile provizyon alınan kişilere ait;

i. Kan ürünü ve hemofili ilacı/ilaçları içeren reçeteler "Yurt dışı Sigortalı Kan Ürünü",

ii. Diğer ilaçları içeren reçeteler "Yurt dışı Sigortalı Normal",

ayrı ayrı faturalandırılır.

<p>bakılmaksızın — Kurumca — karşılanacak olan;</p> <p>1) İş kazasına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı (sadece iş kazası nedeniyle sunulan sağlık hizmeti bedelleri karşılanır) olmak üzere manuel,</p> <p>2) “Özürlülük Ölçütü, Sınıflandırması ve Özürlülere Verilecek Sağlık Kurulu Raporları Hakkında Yönetmelik” kapsamında, yetkilendirilmiş engelli sağlık kurulu raporu vermeye yetkili sağlık kuruluşlarınca, ağır engelli olduğu engelli sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen tıbben başkasının bakımına muhtaç kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,</p> <p>3) Bildirimi zorunlu bulaşıcı hastalık tespit edilen kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,</p> <p>4) Acil haller nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,</p> <p>5) Koruyucu sağlık hizmetleri nedeni ile sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,</p> <p>6) Analık haliyle ilgili rahatsızlık ve engellilik hallerinde sağlık hizmeti sağlanan kadınlara ait faturalar, her hasta için ayrı olmak üzere manuel,</p> <p>7) Meslek hastalığına uğrayan kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel,</p> <p>8) 3713 sayılı Kanununun 21 inci maddesinde sayılan olaylara maruz kalarak yaralanan ve bu duruma ilişkin ilgili mülki amirlik tarafından düzenlenen belge ile müracaat eden kişilere ait faturalar her hasta için ayrı olmak üzere manuel, şekilde üçer nüshalı (bir nüshası eczacı tarafından aslı gibidir onaylı fotokopi olabilir) alt gruplar halinde düzenlenir.</p>	
<p>5.2.4- Sözleşmeli satış merkezi/merkez ve eczaneler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi</p> <p>(1) Sözleşmeli Satış Merkezleri ve</p>	<p>5.2.4 – Sözleşmeli satış merkezleri ve eczaneler tarafından ayakta tedavide kullanılan tıbbi malzemelere ait faturaların düzenlenmesi</p> <p>1) MEDULA Tıbbi Malzeme Provizyon</p>

~~Eczaneler, hem kendi sistemleri üzerinden Kurum adına basılı olarak (üçer nüshalı), hem de Medula-Satış Merkezleri Provizyon Sisteminden elektronik olarak;~~
~~Kurum sağlık yardımlarından yararlandırılan kişilerin tümünü kapsayan tek bir fatura düzenleyeceklerdir.~~
~~(2) Ancak;~~
~~a) Provizyon sisteminden yapılan sorgu neticesinde müstehaklıkları 60/c-1 veya 60/c-3 dönen kişilerin, kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının,~~
~~b) Yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında Kurum sağlık hizmetlerinden yararlandırılan kişiler ve Yurtdışı Provizyon Aktivasyon ve Sağlık Sistemi (YUPASS) numarası ile hasta takip numarası/ provizyon alınan kişiler de dahil olmak üzere sağlanacak ortez, protez, tıbbi araç ve gereç ile kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının,~~
~~temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınacaktır.~~
~~c) Sorgulama sonucu müstehaklıkları 60/c-1 veya 60/c-3 dönen kişiler ile 5510 sayılı Kanunun 60 ncı maddesinin onikinci, onüçüncü ve ondördüncü fıkralarında tanımlanan kişilerin Kurumla götürü bedel sözleşmesi yapan sağlık hizmeti sunucuları dışında, SUT hükümlerine göre sevk zincirine uyulması ve fatura ekinde sevk belgelerinin de eklenmesi gerekmektedir.~~
~~ç) İş kazası ve meslek hastalıkları ile ilgili reçetelerde; iş kazası ve meslek hastalığı bildirim formunun,~~
~~d) Trafik kazaları ile ilgili reçetelerde; SUT ve konu ile ilgili diğer Kurum mevzuatında yer alan belgelerin,~~
~~e) Özürlü sağlık kurulu raporu varsa, reçeteyi yazan hekim ve/veya hastane Başhekimisi tarafından~~

Sistemini kullanan sözleşmeli satış merkez/sözleşmeli merkezler ve eczaneler, sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan tüm kişiler için her ayın ilk ve son günü arasında verdikleri sağlık hizmetlerine ilişkin;
a) Tıbbi sarf malzemelerine ilişkin reçeteler (I. Grup reçete),
b) Örnekleme yöntemine tabi reçeteler (II. Grup reçete),
c) Hazır protez ve ortez reçeteleri (III. Grup reçete) olarak her grup için ayrı olmak üzere 3 ayrı grupta fatura düzenler.
(2) YUPASS numarası ile hasta takip numarası/provizyon alınan kişiler de dahil olmak üzere yabancı ülkelerle yapılan sosyal güvenlik sözleşmesi kapsamında sağlık hizmeti bedelleri Kurumca karşılanan kişilere sağlanacak protez ve ortez, tıbbi araç ve gereç ile kişi kullanımına mahsus tıbbi cihazlarının temini için Kurumun ilgili biriminden onay alınır.
(3) Provizyon sisteminden yapılan sorgu neticesinde müstehaklıkları 60/c-1 veya 60/c-3 dönen kişiler ile 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 60 ncı maddesinin on ikinci, on üçüncü ve on dördüncü fıkralarında tanımlanan kişilere, Kurumla götürü bedel protokolü yapan sağlık hizmeti sunucuları dışında sağlık hizmeti sunucularınca reçete düzenlenmesi halinde (acil haller dışında) sevk belgesi eklenir. (e-sevk hariç)
(4) Engelli sağlık kurulu raporu bulunması halinde aslının veya onaylı fotokopisinin reçete ekinde ibrazı zorunludur.

raporun onaylı fotokopisinin reçete ekinde,
bulunması gerekmektedir.
f) İş kazası, meslek hastalığı, trafik kazası ve adli vaka reçetelerine ait faturaların her hasta için ayrı ayrı düzenlenmesi ve faturaların tamamının incelenmesi gerekmektedir.

DİYALİZ SARF MALZEMELERİ	
A10050	BAĞLANTI ADAPTÖRÜ, PERİTON DİYALİZ, KATETERİ İÇİN, PLASTİK
A10051	BAĞLANTI ADAPTÖRÜ, PERİTON DİYALİZ, KATETERİ İÇİN, TİTANYUM
A10052	SET, ARA BAĞLANTI, PERİTON DİYALİZ KATETERİ İÇİN
A10053	PERİTON DİYALİZ MİNİ KAPAK
A10054	CYLER DRENAJ SETİ
A10055	HOMECHOİCE ALETLİ PD SETİ
A10056	HOMECHOİCE DÜŞÜK RESÜRKÜLASYON HACİMLİ APD SETİ
A10057	SLEEP-SAFE SET PLUS
A10058	PD-NIGHT VARIO PLUSSYSTEM WITH PIN
A10059	SLEEP-SAFE SET PAED

A10053	PERİTON DİYALİZ MİNİ KAPAK
--------	----------------------------

Tebliğ eki Tıbbi Sarf Malzemeler Listesi (EK-3/C-4)'nde aşağıdaki düzenlemeler yapılmıştır.

a) Listede yer alan "A10050", "A10051", "A10052", "A10055", "A10056", "A10057", "A10058" ve "A10059" SUT kodlu tıbbi malzemeler geri ödeme kural ve/veya kriterleri ile beraber yürürlükten kaldırılmıştır.

b) Listede yer alan "A10053" ve "A10054" SUT kodlu tıbbi malzemelerin alan tanımları aşağıdaki şekilde yeniden düzenlenmiştir

A10053	PERİTON DİYALİZ MİNİ KAPAK/KORUMA KAPAĞI	0,55
--------	--	------

A10054	CYLER DRENAJ SETİ/										
		<table border="1"> <tr> <td data-bbox="746 264 805 340">A10054</td> <td data-bbox="805 264 1289 340">ALETLİ PERİTON DİYALİZ BOŞALTIM TORBASI</td> <td data-bbox="1289 264 1420 340">4,85</td> </tr> </table> <p>Listeye "A10054" SUT kodlu tıbbi malzemeden sonra gelmek üzere aşağıda yer alan SUT kodlu tıbbi malzemeler fiyatlarıyla birlikte eklenmiştir.</p> <table border="1"> <tr> <td data-bbox="746 564 805 640">A10119</td> <td data-bbox="805 564 1289 640">ALETLİ PERİTON DİYALİZ SETİ</td> <td data-bbox="1289 564 1420 640">8,95</td> </tr> <tr> <td data-bbox="746 640 805 750">A101120</td> <td data-bbox="805 640 1289 750">ALETLİ PERİTON DİYALİZ SETİ (PEDIATRİK)</td> <td data-bbox="1289 640 1420 750">8,95</td> </tr> </table>	A10054	ALETLİ PERİTON DİYALİZ BOŞALTIM TORBASI	4,85	A10119	ALETLİ PERİTON DİYALİZ SETİ	8,95	A101120	ALETLİ PERİTON DİYALİZ SETİ (PEDIATRİK)	8,95
A10054	ALETLİ PERİTON DİYALİZ BOŞALTIM TORBASI	4,85									
A10119	ALETLİ PERİTON DİYALİZ SETİ	8,95									
A101120	ALETLİ PERİTON DİYALİZ SETİ (PEDIATRİK)	8,95									
		<p>Listeye "DİYALİZ SARF MALZEMELERİ" başlığından sonra gelmek üzere aşağıdaki ödeme kural ve/veya kriterleri eklenmiştir.</p> <p>1) Sağlık kurulu raporunda aletli periton diyaliz tedavisinin öngörülmesi ve reçete edilmesi halinde;</p> <p>a) Periton diyaliz mini kapak/koruma kapağı günde 1 adet</p> <p>b) Aletli periton diyaliz boşaltım torbası günde 1 adet (ancak öngörülen günlük boşaltım sıvı miktarının 15 litrenin üzerinde olması halinde günde 2 adet</p> <p>c) Aletli periton diyaliz seti veya aletli periton diyaliz seti (pediyatrik) günde 1 adet olmak üzere ödenir</p> <p>2) Sağlık kurulu raporunda sürekli ayakta periton diyaliz tedavisinin öngörülmesi ve reçete edilmesi halinde; periton diyaliz mini kapak/koruma kapağı günde en fazla 5 adet olmak üzere ödenir.</p> <p>3) Sağlık kurulu raporunda aletli periton diyaliz ile sürekli ayakta periton diyaliz tedavisinin birlikte öngörülmesi ve reçete edilmesi halinde;</p> <p>a) Periton diyaliz mini kapak/koruma kapağı (aletli periton diyaliz tedavisi için günde 1 adet, sürekli ayakta periton diyaliz tedavisi için günde en fazla 3 adet)</p> <p>b) Aletli periton diyaliz boşaltım torbası günde 1 adet (ancak öngörülen günlük boşaltım sıvı miktarının 15 litrenin üzerinde olması halinde günde 2 adet)</p> <p>c) Aletli periton diyaliz seti veya aletli periton diyaliz seti (pediyatrik) günde 1 adet</p>									

	<p>4) Aletli periton diyaliz veya aletli periton diyaliz ile birlikte sürekli ayaktan 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 bulunması zorunludur.</p> <p>5) Sürekli ayaktan periton diyaliz tedavisinin öngörüldüğü durumlarda kullanılması gerekli görülen tıbbi malzemelere ilişkin uzman hekim raporu çocuk/erişkin nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenecektir.</p> <p>6) Periton diyaliz tedavisine ilişkin tıbbi sarf malzeme reçeteleri en fazla 3 aylık miktarlarda çocuk/erişkin nefroloji uzman hekimi tarafından düzenlenecektir.</p> <p>7) Periton diyalizi tedavisinde kullanılması öngörülen diyaliz solüsyonlarına tıbbi malzemelerin dahil olduğu durumlarda, dahil olan tıbbi malzeme bedelleri ayrıca karşılanmaz.</p>
<p>A10118” SUT kodlu “Çocuk Hasta Alt Bezi/Külotlu Çocuk Hasta Alt Bezi</p> <p>(1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda idrar veya gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile) nedeni ile hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda, rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır.</p>	<p>A10118” SUT kodlu “Çocuk Hasta Alt Bezi/Külotlu Çocuk Hasta Alt Bezi</p> <p>(1) Uzman hekim raporu ile mesane veya rektum kontrolü olmaması (raporda idrar veya gaita inkontinansına neden olan primer tanının belirtilmesi kaydı ile) nedeni ile hasta alt bezi/ külotlu hasta alt bezi kullanması gerekli görülen hastalar için günde 4 (dört) adedi geçmemek üzere en fazla 2 (iki) aylık miktarlarda, rapora istinaden tüm hekimlerce reçetelendirilmesi durumunda Kurumca bedelleri karşılanır.</p> <p>Ancak hastaların boy, kilo ve/veya bel çevresi ölçülerinin çocuk hasta alt bezine uyum sağlamadığı durumlarda, bu durumun sağlık raporunda belirtilmesi ve “A10049” SUT kodlu “Hasta Alt Bezi/Külotlu Hasta Alt Bezi” alan tanımlı malzemenin öngörülmesi halinde “A10049” SUT kodlu malzeme bedeli Kurumca karşılanır.”</p>
<p>“İŞİTSEL İMPLANTLAR SARF MALZEMELERİ”</p> <p>(1) İşitsel implant uygulaması sonrasında takip, cerrahi tedavi yapılan</p>	<p>“İŞİTSEL İMPLANTLAR SARF MALZEMELERİ”</p> <p>1) “İşitsel implant uygulaması sonrasında takip, cerrahi işlemin yapıldığı sağlık</p>

sağlık kurumunca yapılır. İşıtsel implantlar sarf malzemelerinden pil yuvası ve aktarıcı (bobin, transmitter) için hastanın ilk 2 (iki) yılda 2 (iki) defa, işıtsel implantın takıldığı merkezde takip edildiğini Kuruma belgelendirmesi gerekmektedir. Bu takipleri belgelendiremeyen hastalarda pil yuvası ve aktarıcı (bobin, transmitter) bedelleri Kurumca karşılanmaz.

(2) İşıtsel implantlardan yalnızca koklear implant uygulaması yapılan hastalar için, cerrahi işlem sırasında verilen çanta içeriğinde 1 (bir) yıllık pil, pil yuvası, aktarıcı (bobin, transmitter) ve aktarıcıdan bağımsız ara kablonun bulunması nedeniyle cerrahi işlem yapıldıktan sonraki ilk 1 yıl bu malzemelerin bedelleri karşılanmaz.

(3) Tamirinin mümkün olmadığı, işıtsel implant üretici firması tarafından düzenlenen teknik rapor ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen konuşma işlemcileri Kurum taşra teşkilatına teslim edilecektir. Ancak, miat süresi sonunda yapılan yenileme işlemlerinde işlemcinin teslim edilmesine gerek bulunmamaktadır.

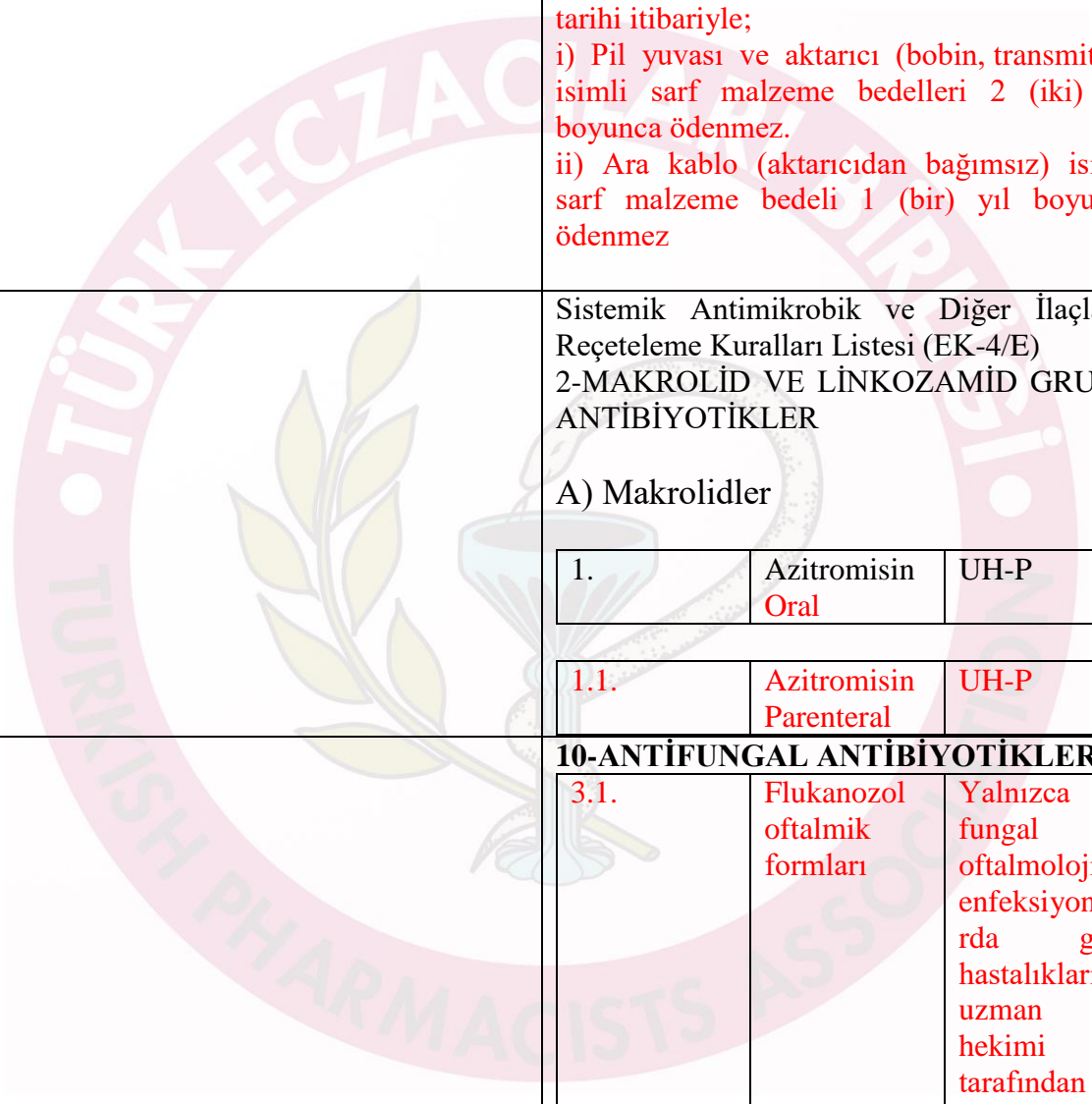
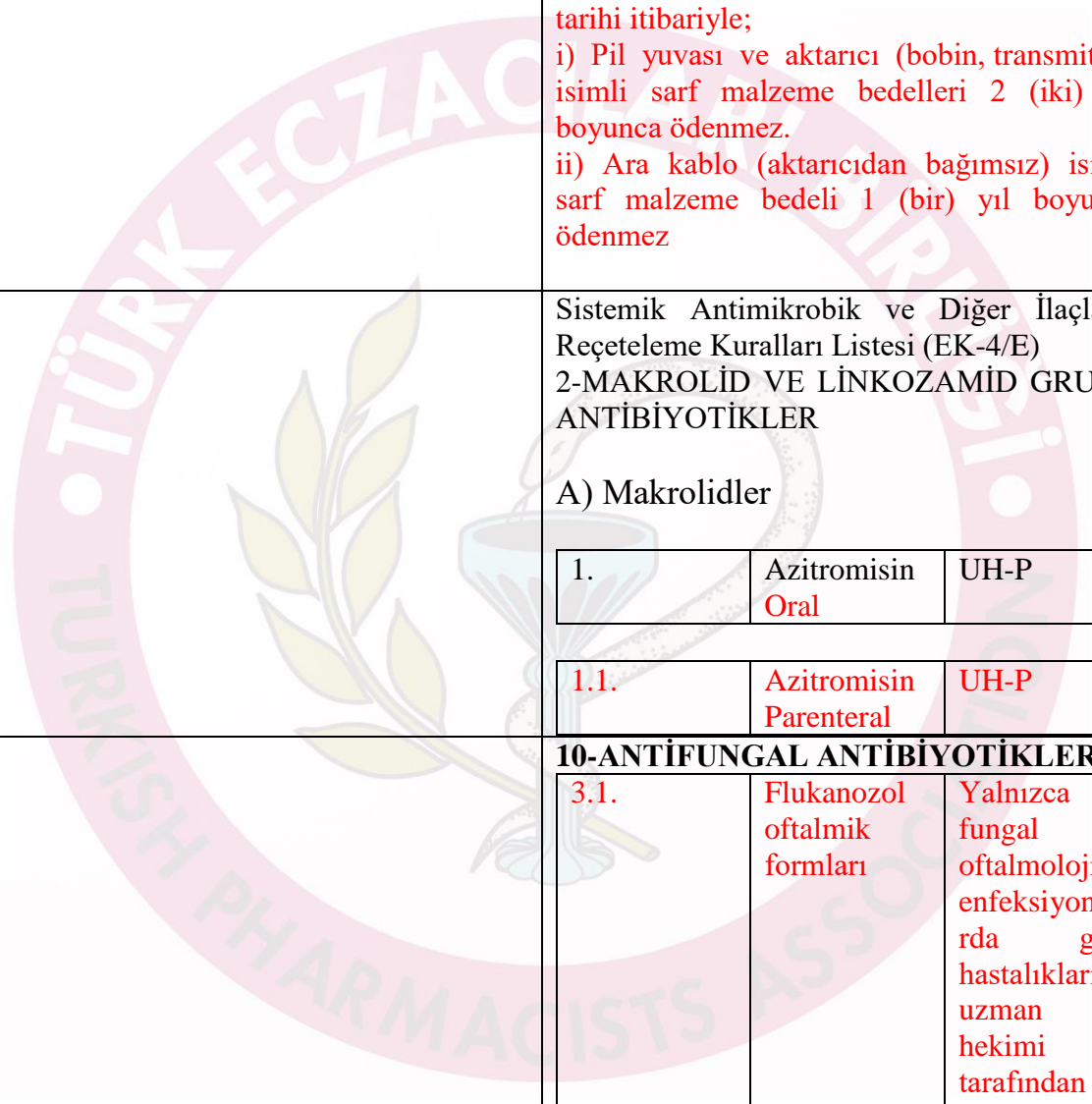
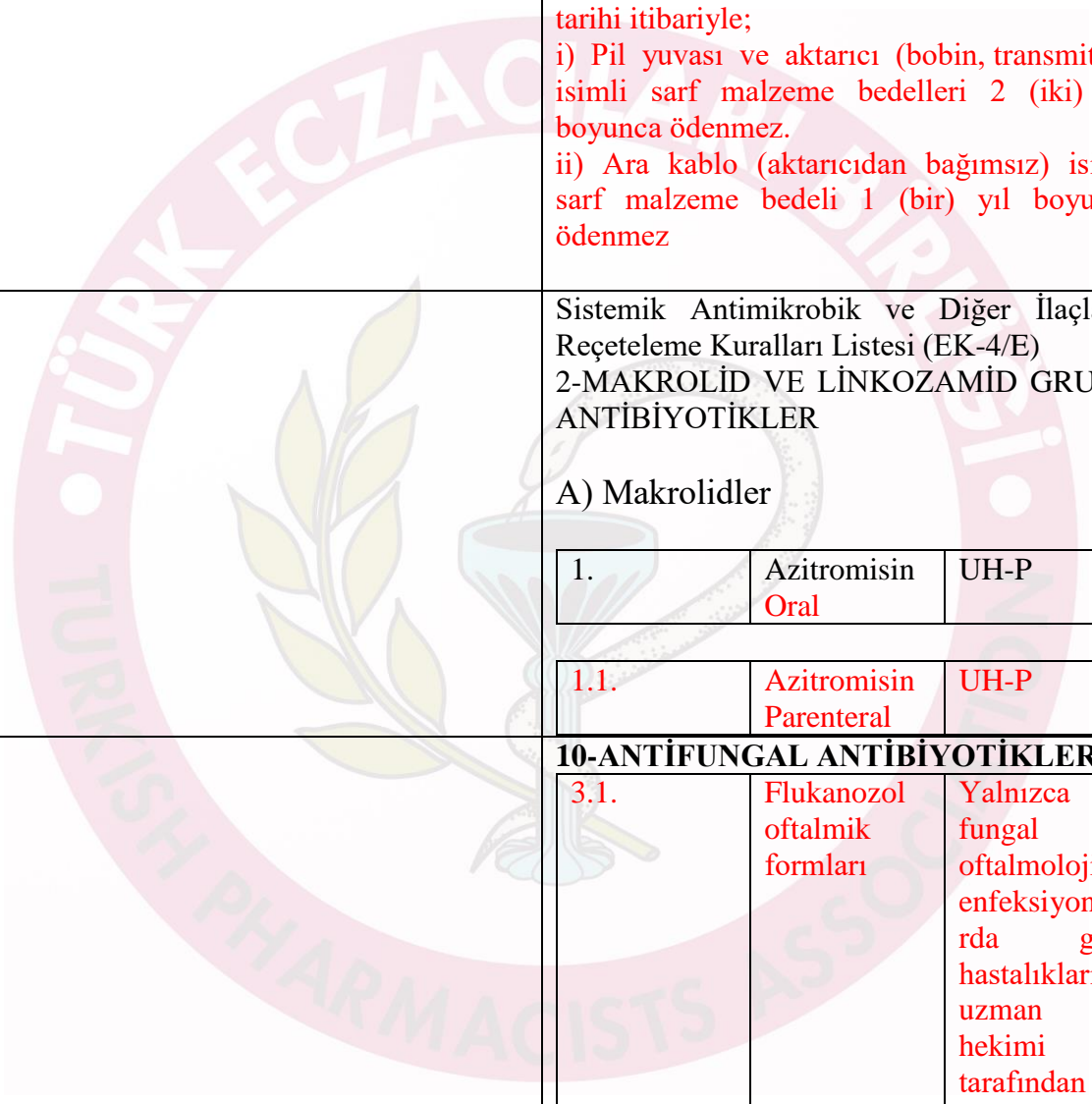
(4) 1/12/2016 tarihinden önce yapılmış olan işıtsel implanta ait işlem bedelini, uygulamanın yapıldığı tarihte işlemin Kurumumuz ödeme kapsamında olmaması, ödeme kapsamında olsa dahi ödeme kural/kriterlerine uymaması veya işlemin yapıldığına dair verilerin sistemde görüntülenememesi gibi sebeplerden ötürü, kendi imkanları ile karşılayan sigortalıların sarf malzeme bedelleri; Kurumun ilgili birimlerine başvurularak bu birimlerce kayıt altına

kurumunca yapılır. İşıtsel implantlar sarf malzemelerinin temini için hastanın ilk 2 (iki) yılda, yılda en az 1 (bir) defa, cerrahi işlemin yapıldığı sağlık kurumunca takip edildiğini Kuruma belgelendirmesi gerekmektedir. Bu takipleri belgelendiremeyen hastalarda sarf malzeme (pil ve ara kablo hariç) bedelleri Kurumca karşılanmaz.”

2) “İşıtsel implantlardan koklear implant veya beyin sapı implantı uygulaması yapılan hastalarda cerrahi işlemin yapıldığı tarihten itibaren ilk 2 (iki) yılda pil yuvası ve aktarıcı (bobin, transmitter) isimli sarf malzeme bedelleri karşılanmaz. Pil ve ara kablo (aktarıcıdan bağımsız) isimli sarf malzeme bedelleri ise cerrahi işlemin yapıldığı tarihten 1 (bir) yıl sonra reçete edilmesi halinde SUT’ta belirtilen hükümler doğrultusunda karşılanır. Kemiğe monte işitme cihazı veya orta kulak implantı uygulaması yapılan hastalarda pil bedeli ise cerrahi işlemin yapıldığı tarihten sonra reçete edilmesi halinde SUT’ta belirtilen hükümler doğrultusunda karşılanır.”

3) (3) Tamirinin mümkün olmadığı, işıtsel implant üretici firması tarafından düzenlenen teknik rapor ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporu ile belgelendirilen konuşma işlemcileri (diğer sarf malzemeler hariç) Kurum taşra teşkilatına teslim edilecektir. Ancak, miat süresi sonunda yapılan yenileme işlemlerinde işlemcinin teslim edilmesine gerek bulunmamaktadır.

(4) 1/12/2016 tarihinden önce yapılmış olan işıtsel implanta ait işlem bedelini, uygulamanın yapıldığı tarihte işlemin Kurumumuz ödeme kapsamında olmaması, ödeme kapsamında olsa dahi ödeme kural/kriterlerine uymaması veya işlemin yapıldığına dair verilerin sistemde görüntülenememesi gibi sebeplerden ötürü, kendi imkanları ile karşılayan sigortalıların sarf malzeme bedelleri; Kurumun ilgili birimlerine başvurularak bu birimlerce kayıt altına alınması halinde Kurumca karşılanır.

<p>alınması halinde Kurumca karşılanır.</p>	<p>5) Ödeme kural ve/veya kriterlerine; “İşitsel implantlardan koklear implant veya beyin sapı implantıuygulaması yapılan hastaların konuşma işlemcilerinin yenilenmesi halinde, firmalar tarafından konuşma işlemcisi ile pil yuvası, aktarıcı (bobin, transmitter) ve ara kablo (aktarıcıdan bağımsız) isimli sarf malzemeler birlikte verildiğinden, konuşma işlemcisi değişimi tarihi itibariyle; i) Pil yuvası ve aktarıcı (bobin, transmitter) isimli sarf malzeme bedelleri 2 (iki) yıl boyunca ödenmez. ii) Ara kablo (aktarıcıdan bağımsız) isimli sarf malzeme bedeli 1 (bir) yıl boyunca ödenmez</p>						
	<p>Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi (EK-4/E) 2-MAKROLİD VE LİNKÖZAMİD GRUBU ANTİBİYOTİKLER</p> <p>A) Makrolidler</p> <table border="1" data-bbox="805 1120 1404 1198"> <tr> <td>1.</td> <td>Azitromisin Oral</td> <td>UH-P</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="805 1220 1404 1299"> <tr> <td>1.1.</td> <td>Azitromisin Parenteral</td> <td>UH-P</td> </tr> </table>	1.	Azitromisin Oral	UH-P	1.1.	Azitromisin Parenteral	UH-P
1.	Azitromisin Oral	UH-P					
1.1.	Azitromisin Parenteral	UH-P					
	<p>10-ANTİFUNGAL ANTİBİYOTİKLER</p> <table border="1" data-bbox="805 1344 1404 1702"> <tr> <td>3.1.</td> <td>Flukanazol oftalmik formları</td> <td>Yalnızca fungal oftalmolojik enfeksiyonlarda göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.</td> </tr> </table>	3.1.	Flukanazol oftalmik formları	Yalnızca fungal oftalmolojik enfeksiyonlarda göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.			
3.1.	Flukanazol oftalmik formları	Yalnızca fungal oftalmolojik enfeksiyonlarda göz hastalıkları uzman hekimi tarafından reçete edilir.					
	<p>Ayakta Tedavide Sağlık Raporu (Uzman Hekim Raporu/Sağlık Kurulu Raporu) ile Verilebilecek İlaçlar Listesi (EK-4/F)</p> <p>69. Pentosan polisülfat sodyum; interstisyel sistite bağlı ağrılı mesane ve kronik ağrılı işeme semptomları bulunan, sistoskopik olarak mesanede glomerülasyon bulgusunun gösterildiği ve idrar kültürü negatif olan hastalarda; bu durumların belirtildiği üroloji</p>						

	<p>uzman hekimleri tarafından düzenlenen 3 ay süreli uzman hekim raporuna dayanılarak tedaviye başlanır. Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra üroloji uzman hekimi tarafından tedaviye yanıt alındığının ve tedaviyi kesmeyi gerektirecek yan etkilerin ortaya çıkmadığının raporda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir. Tedaviye yanıt alınamayan hastalarda 6. ayın sonunda tedavi kesilir. Tedaviden fayda gören hastalarda bu durumun belirtildiği üroloji uzman hekimleri tarafından düzenlenecek 6 ay süreli uzman hekim raporlarıyla ve üroloji uzman hekimlerince reçete düzenlenmek suretiyle tedaviye devam edilebilir.”</p> <p>70. Metacarnitine; ayaktan tedavilerde 2. ve 3. basamak sağlık hizmeti sunucularında nefroloji (sertifikalı dahiliye uzmanları), endokrinoloji, nöroloji, kardiyoloji veya çocuk metabolizma uzman hekimlerinden birinin bulunduğu sağlık kurulu raporuna istinaden reçetelendirilmesi uygundur</p>
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ	TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ