

# 01.10.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	REXAPİN 10 MG.28 FILM TABLET ( HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT. )	REXAPİN 10 MG.28 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none"><li>IMPACT GLUTAMİN 500 ML(565 KCAL) ( MAMA ADI RAPORDA YOK.)</li><li>URSACTIVE 250 MG 100 KAP ( RAPORDA UYGUN ENDİKASYON YOK. )</li><li>REMSİMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. İCİN LİYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLK ( RAPORDA ENDİKASYON DIŞI İLE İLGİLİ AÇIKLAMA YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>IMPACT GLUTAMİN 500 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>URSACTIVE 250 MG 100 KAP;01/07/2020 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>REMSİMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. İCİN LİYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
3	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (İLGİLİ AÇIKLAMA REÇETEDE YOK.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET;RAPORSUZ REÇETEDE UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	PLAVİX 75 MG 28 FTB (RAPOR İCD 10 KODU UYGUN DEĞİL VEYA RAPORDA ANJİO SONUCU YOK.)	PLAVİX 75 MG 28 FTB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	ORENCİA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJ 4 ADET ( METHOTREXAT İLE BİRLİKTE KULLANILIR. )	ORENCİA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJ ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none"><li>FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTİ ( RAPORDA ENDİKASYON EKSİK VE ENDİKASYON DIŞI BELGENİN NE KADAR SÜRE GEÇERLİ OLDUĞU BELLİ DEĞİL.)</li><li>GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB ( RAPOR SUT A GÖRE UYGUN DEĞİL.)</li><li>VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET) ( ENDİKASYONUN DIŞI BELGENİN NE KADAR SÜRE GEÇERLİ OLDUĞU BELLİ DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTİ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON ( 4.2.12.A 2) DÜŞÜK RİSK GRUBU HASTALARDA HER HALUKARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 1 YIL, YÜKSEK RİSK GRUBU HASTALARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILIR. )(10.10.2011-59987 TARİH VE SAYILI ORGAN NAKLİ RAPORU)	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON ;KARACİĞER NAKLİNİN 2011 YILINDA YAPILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN SUTUN 4.2.12.A-2-Ç MADESİNE GÖRE NAKİLDEN MAKSİMUM 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
8	ZEFFİX 100 MG 28 FILM TB. (HASTA 2010 DA BAŞLAMİŞ GÖRÜNÜYOR VE 2010 DAKİ SUTA UYGUN DEĞİL.)	ZEFFİX 100 MG 28 FILM TB;ZEFFİX 100 MG 28 FILM TB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	ZEFFİX 100 MG.28 FILM TB. ( HASTA 2010 DA BAŞLAMİŞ GÖRÜNÜYOR VE 2010 DAKİ SUT A UYGUN DEĞİL)	ZEFFİX 100 MG.28 FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none"><li>VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LİYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON ( ORTA VEYA ŞİDDETLİ PLAK PSÖRİAZİSLİ HASTA OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ. AYRICA İLK RAPORDA PASI DEĞERİ YOK.DEVAM</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LİYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>NUTRİVİGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>

	<p>RAPORUNDAKİ DEĞER 2.RAPORDAKİ DEĞERDEN FAZLA %75 LİK İYİLEŞMEYİ KARŞILAMIYOR. )</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) (MAMA ADI RAPORDA YOK.)</li> </ul>	
11	<p>HYPERHEP B 1 ML KULL.HAZ.SIRINGA (HASTA 2011 YILI ÖNCESİ NAKİL OLMUŞTUR.'SUT; 4.2.12.A .2. (Ç) 2) DÜŞÜK RİSK GRUBU HASTALARDA HER HALUKARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 1 YIL, YÜKSEK RİSK GRUBU HASTALARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILIR.' MADDESİNE GÖRE ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR. AYRICA 418 KODU İLE VERİLMİŞ OLUP TESLİM ALAN KİŞİ BİLGİLERİ EKSİKTİR. )</p>	<p>HYPERHEP B 1 ML KULL.HAZ.SIRINGA;KARACİĞER NAKLİNİN 2011 YILINDA YAPILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN SUTUN 4.2.12.A-2-Ç MADDESİNE GÖRE NAKİLDEN MAKSİMUM 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</p>
12	<ul style="list-style-type: none"> <li>VOTRIENT 400 MG 60 TB ( EK ENDİKASYON DIŞI BELGESİ YOK. )</li> <li>ALATAB 600 MG 30 FTB ( İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254 )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>VOTRIENT 400 MG 60 TB ;EKLENEN ENDİKASYON DIŞI BELGEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
13	<p>AMGEVITA 40 MG/0,8 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM ( RAPORDA HASTALIĞIN TUTULUMU(AKSİYEL-PERİFER)BELİRTİLMEMİŞ.DURUMA GÖRE YAPILAN TEDAVİ AÇIKLAMASI DEĞERLENDİRİLECEK.)</p>	<p>AMGEVITA 40 MG/0,8 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</p>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORPACK 12/400 MCG DISCAIR İNHALASYON İCİN TOZ (60 DOZ) (LABA+İKS) (LABA LAMA İKS KULLANMAK İCİN RAPOR AÇIKLAMALARI UYGUN DEĞİL )</li> <li>GLIFOR 1000 MG 100 FILM TABLET ( RAPOR DOZU AŞILAMAZ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORPACK-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>GLIFOR- RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
15	<p>CLONEX 100 MG.50 TABLET (İADE MESAJI 04.09.2020 DE VE HATIRLATMA 15.09.2020 RAĞMEN EKSİK GİDERİLMEDİ )(İADE MESAJI AÇIKLAMASI--A.. C.. E....CLONEX TB. E-REÇETE'DE BEYAZ KÜRE VE GEREKLİ DURUMDA NOTROFİL SAYISI BELİRTİLMELİDİR. KURUMA GRANÜLOSİT İZLEM FORMU DA GÖNDERİLMEMİŞ. E REÇETEDe BELİRTİLSİN. E - REÇETE NO : .....SİSTEMDEN GEREĞİ YAPILARAK MESAJA CEVAP VERİN, ECZANEYE ZARF GİTMEYECEK.)</p>	<p>CLONEX 100 MG.50 TABLET;İADE SONRASI EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</p>
16	<p>URODAY 3 GR 1 SASE (MEDULANIN "432 - ALT ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU" UYARISI DİKKATE ALINMADAN FATURA EDİLMİŞ.N39.0 ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU, YERİ TANIMLANMAMIŞ İLE VERİLMİŞ )</p>	<p>URODAY 3 GR 1 SASE ;E-REÇETE AÇIKLAMA KISMINDA SİSTİT TANISI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</p>
17	<p>GLUTAMİN PLUS NOTRAL 30*22,4 G SASE (2420 KCAL)(MAMA ADI RAPORDA YOK)</p>	<p>GLUTAMİN PLUS NOTRAL 30*22,4 G SASE ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</p>
18	<p>MONUROL 3 G GRANUL ICEREN SASE (1 SASE) ( MEDULANIN "432 - ALT ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU" UYARISI DİKKATE ALINMADAN</p>	<p>MONUROL 3 G GRANUL ICEREN SASE; E-REÇETE AÇIKLAMASINDA GEREKLİ AÇIKLAMA OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</p>

	FATURA EDİLMİŞ. N39.0 ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU, YERİ TANIMLANMAMIŞ İLE VERİLMİŞ )	
19	WILLCARE INSULIN KALEM İĞNESİ 32G*4MM (İLAÇ DOZUDUR.)	WILLCARE INSULIN KALEM İĞNESİ 32G*4MM; HASTANIN ÜÇ ÇEŞİT İNSÜLİN KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE
20	<ul style="list-style-type: none"><li>DOPALEVO 125/31,25/200 MG 100 FTB (HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT. )</li><li>IPRALEV 20 MCG/50 MCG AEROSOL INHALASYONU, SUSPANSİYON (200 DOZ)(SABA+SAMA) ( YAPILAN AÇIKLAMA YETERLİ DEĞİL.)</li><li>GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB ( SEÇİLEN RAPORDA KULLANIM GEREKÇESİ YOK.İLGİLİ RAPORDA Kİ AÇIKLAMA YETERLİ DEĞİL. )</li><li>CRESTOR 20 MG.28 TABLET ( İDAME TEDAVİ DEĞİLDİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>DOPALEVO 125/31,25/200 MG 100 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>IPRALEV 20 MCG/50 MCG AEROSOL INHALASYONU, SUSPANSİYON;SABA+SAMA İÇERİKLİ KOMBİNE ÜRÜN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>CRESTOR 20 MG.28 TABLET;20/07/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
21	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (AÇIKLAMALAR UYGUN DEĞİL)	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
22	IMBRUVICA 140 MG 120 KAPSUL ( ENDİKASYON UYUMU YOK)	IMBRUVICA; MANTLE HÜCRELİ LENFOMA (MHL) TEDAVİSİNDE OTOLOG KÖK HÜCRE NAKLİ SONRASI RELAPS OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
23	MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON ( "HASTANELERCE TEMİNİ ZORUNLU KEMOTERAPİ İLAÇLARI LİSTESİ (EK-4/H)"NDE OLUP 418-REÇETESİZ İLAÇ TEDAVİSİ İLE VERİLMİŞTİR.AYRICA RAPORUNDAKİ ENDİKASYON DIŞI BELGESİNİN TARİHİ ŞUBAT 2019'A AİT)	MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON ;EKLENEN ENDİKASYON DIŞI BELGEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
24	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (RAPOR AÇIKLAMALARI UYGUN DEĞİL)	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
26	<ul style="list-style-type: none"><li>UROCIT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB ( RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA YOK )</li><li>CRESTOR 10 MG.28 TABLET ( RAPORDA LDL SONUCU UYGUN DEĞİL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>UROCIT-K 10 MEQ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>CRESTOR 10 MG.28 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE ENERGY KAYISI AROMALI 200 ML(300 KCAL) ( RAPORDA İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLDUĞU YAZMIYOR.)</li><li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (RAPORDA İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLDUĞU YAZMIYOR.)</li><li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) ( RAPORDA İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLDUĞU YAZMIYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE ENERGY KAYISI AROMALI 200 ML VE ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET; HASTANIN YAŞI VE RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET; HASTANIN YAŞI VE RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
28	<ul style="list-style-type: none"><li>APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ( SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>

	<p>OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET ( RAPORDA İLAÇ İÇİN SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
29	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (HASTANIN İLAÇLARI MAKSİMUM DOZDA KULLANDIĞI RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
30	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE DIABET ÇİLEK AROMALI 200 ML (200 KCAL) (RAPOR DİASİP İÇİN ÇIKMIŞ)</li><li>RESOURCE DIABET ÇİLEK AROMALI 200 ML (200 KCAL) (RAPOR DİASİP İÇİN ÇIKMIŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
31	<ul style="list-style-type: none"><li>DESİFEROL 50000 IU/15 ML ORAL DAMLA (REÇETEDe UYGUN ENDİKASYON YOK.)</li><li>TERA-D3 300000 IU/ML IM/ORAL AMP (1ADET) (REÇETEDe UYGUN ENDİKASYON YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>DESİFEROL 50000 IU/15 ML ORAL DAMLA;İLACIN ENDİKASYONU VE KULLANIM ALANLARI BÖLÜMÜNE UYGUN OLARAK REÇETEDeKİ OSTEOPOROZ TEŞHİSİNE GÖRE ÖDENMESİ.</li><li>TERA-D3 300000 IU/ML IM/ORAL AMP;İLACIN ENDİKASYONU VE KULLANIM ALANLARI BÖLÜMÜNE UYGUN OLARAK REÇETEDeKİ OSTEOPOROZ TEŞHİSİNE GÖRE ÖDENMESİ.</li></ul>
32	LIPANTHYL 267 M KP. (RAPORDA TG ÖLÇÜM TARİHİ YOK)	LIPANTHYL 267 M KP ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
33	<ul style="list-style-type: none"><li>ENJEKTOR 5 CC-72 SAATTEN DAHA UZUN SÜRE KULLANILACAK İSE (EN GEÇ İLK 72 SAAT İÇİNDE ) EHU'NİN ONAYININ ALINMASI GEREKİR.</li><li>CEFAMED 1 GR IM ENJ.ÇÖZ.HAZ.İÇİN TOZ İÇEREN 1 FLAKON-72 SAATTEN DAHA UZUN SÜRE KULLANILACAK İSE (EN GEÇ İLK 72 SAAT İÇİNDE ) ) EHU'NİN ONAYININ ALINMASI GEREKİR.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>CEFAMED 1 GR IM ENJ.ÇÖZ.HAZ.İÇİN TOZ İÇEREN 1 FLAKON;15/08/2020 İLK REÇETEDEN SONRAKİ REÇETE FARKLI ECZANEDEN GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
34	<ul style="list-style-type: none"><li>XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET) ( 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE ÖDENİR.30/12/2019 TARİHİNDE 6.DOZ BİTİMİ İLE BİRLİKTE NÜKS GELİŞMESİ BEKLENMEDEN 7.DOZ GİRİŞİ YAPILMIŞ )</li><li>LYRICA 150 MG 56 KAPSUL ( RAPOR SÜRESİ "3 AY SÜRE İLE KULLANIMI UYGUNDUR" AÇIKLAMASI İLE SINIRLANDIRILMIŞ )</li><li>THINCAL 120 MG 84 KAP ( TEDAVİNİN 12 HAFTASI SONUNDA HASTALARDA BAŞLANGIÇTAKİ VÜCUT AĞIRLIĞININ EN AZ %5'İNİ KAYBETMESİ HALİNDE TEDAVİNİN DEVAMINA KARAR VERİLİR.12 HAFTA SONUNDA RAPORUNDA HERHANGİ BİR AÇIKLAMA YAPILMADAN 418 KODU İLE VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR;6.DOZ BİTİMİNDEN SONRA 30/12/2019 TARİHLİ RAPORLA HEKİMİN BELİRLEDİĞİ SÜREDE TEDAVİYE DEVAM EDİLDİĞİNDEN VE NÜKS OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>LYRICA 150 MG 56 KAPSUL;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>THINCAL 120 MG 84 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>

<b>33</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (TEDAVİ SÜRESİ 13 KUTU AŞILMIŞ ÖDENMEZ.)</li><li>• BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (TEDAVİ SÜRESİ 13 KUTU AŞILMIŞ ÖDENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET;SUTUN 4.2.15.E-5 MADDESİNE GÖRE 1 YILLIK RAPOR İLE TEDAVİ SÜRESİ 13 KUTU OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li><li>• BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET; SUTUN 4.2.15.E-5 MADDESİNE GÖRE 1 YILLIK RAPOR İLE TEDAVİ SÜRESİ 13 KUTU OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li></ul>
<b>34</b>	VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET (BAŞLAMA KRİTERLERİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)	VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET;YENİLENEN RAPORDA TEDAVİYE BAŞLAMA KRİTERLERİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. . OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞIN DAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.