



02.05.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"> TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.) TOPAMAX 25 MG.60 FILM TB.(RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.) DEPAKIN 40 CC.SUSP.(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> TRELEGY ELLIPTA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. TOPAMAX-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. DEPAKIN 40 CC- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE GÜNDE 1*5 ŞEKİNDE İŞLEM YAPILMASINA.
2	<ul style="list-style-type: none"> BENVIDA 150 MG 56 FTB(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none"> TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET ANJİOTENSİN RESEPTÖR BLOKERLERİNİN DİĞER ANTİHİPERTANSİFLER İLE KOMBİNASYONLARININ KULLANILMINDA; HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.) EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(ANJİOTENSİN RESEPTÖR BLOKERLERİNİN DİĞER ANTİHİPERTANSİFLER İLE KOMBİNASYONLARININ KULLANILMINDA; HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.) VILDABET 50 MG TABLET (56 TABLET)(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA KULLANILIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> TANSIFA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. EXFORGE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. VILDABET-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

4	<ul style="list-style-type: none">• RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">• LEVOTIRON 25 MCG 50 TB(RAPOR DOZUNA GÖRE İŞLEM YAPILDI.)• ALATAB 600 MG 30 FTB(254 KODU İLE VERİLMİŞ ANCAK RAPOR UYGUN DEĞİL.)• JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET(SUT 4.2.38 MADDE KOŞULLARINI SAĞLAMİYOR.)• VIDAPTIN MET 50 MG/1000 MG FILM KAPLI TABLET (60 ADET)(SUT 4.2.38 MADDE KOŞULLARINI SAĞLAMİYOR.)• EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(SUT EK-4/F MADDE 51 , RAPOR UYGUN DEĞİL.)• ALATAB 600 MG 30 FTB(254 KODU İLE VERİLMİŞ ANCAK RAPOR UYGUN)	<ul style="list-style-type: none">• LEVOTIRON-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• ALATAB- RAPORDA İLAÇLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• JARDIANCE-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• VIDAPTIN- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• EXFORGE- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• ALATAB- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">• SPASMEX 30 MG.50 FILM TABLET(RAPORDA OLMAYAN 275 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIS.)• PLETAL 100 MG 60 TABLET(SUT MADDE 4.2.15.B HASTADA HANGI DURUMUN MEVCUT OLDUGU BELGELENMEMIS.)	<ul style="list-style-type: none">• SPASMEX-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• PLETAL -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">• XARELTO 20 MG 28 FTB(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	<ul style="list-style-type: none">• XARELTO- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">• REVLİMİD 25 MG 21 SERT KAP(3 ÜNCÜ KÜR SONUNDA EN AZ MİNÖR YANIT, 6 NCI KÜR SONUNDA EN AZ KİSMİ YANIT VAR İŞE TEDAVİYE DEVAM EDİLİR.• INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/İNFUZYON İÇİN COZELTİ (1 ADET)(4.2.41 - PARENTERAL DEMİR PREPARATLARI KULLANIM İLKELERİ)	<ul style="list-style-type: none">• REVLİMİD-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• INFERJECT- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(253-GEBELİK VE RAPORSUZ OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDE; "OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR İLACININ SÜRESİ DOLMAMIŞ.	<ul style="list-style-type: none">• OKSAPAR; GEBELİK HARİCİNDE KULLANILMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN KATILIM PAYLI RAPOR KODUYLA (O22 VEYA Z35) İŞLEM YAPILMASINA KARAR VERİLMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.

10	<ul style="list-style-type: none">(SİSTEMDE KAYITLI "2 KEZ GONADOTROPİNLERLE KONTROLLÜ OVARYAN(HİPERSİTİMÜLASYON+İNTRAUTERİN İNSEMINASYON(KOH+IUI) TEDAVİSİ UYGULANMASI" BULUNAMAMIŞTIR.(1 KEZ YAPILMIŞ))STELARA 90 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJ(EN AZ BİR ANTI-TNF AJANI 3 AY SÜREYLE KULLANMIŞ OLMASI ŞARTI OLUP, SİSTEMDE KAYITLI 3 AY KULLANIM BULUNAMAMIŞTIR(HUMİRA KULLANIMI 1 AY))	<ul style="list-style-type: none">RAPORDA İKİ KEZ AŞILAMA İŞLEMİ YAPILDIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN VE BELGE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.STELARA ; 21/07/2022 TARİHİNDE 7 KUTU ALINAN HUMİRANIN RAPORUNDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE 3 AYDAN FAZLA KULLANIM OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK/5 GR)(ENDİKASYON DIŞI İZİN SÜRESİ DOLMUŞTUR)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDAKİ LİMBİK ENSEFALİT TANISI SUTUN 4.2.12.B-1-E MADDESİNE UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">LYRICA 300 MG 56 KAPSUL(SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL COMPACT FIBRE CİLEK AROMALI 4X125 ML (1200KCAL)(MALNUTRİSYONA EŞLİK EDEN HASTALIK BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TANIYLA İLGİLİ GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">ABOUT PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(RAPORDA İLAÇ İSMİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">20/02/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">RYZODEG PENFILL 100 U/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KARTUS (5 KARTUS)(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">ATEROZ 20 MG.30 FILM TABLET(RAPORDA LDL SONUCU YAZMIYOR.)LATİXA 500 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">ATEROZ; 22/02/2024 TARİHLİ EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.LATİXA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">İMATENİL 400 MG 30 KAP(ENDİKASYON UYUMU İÇİN RAPORDA YETERLİ AÇIKLAMA YOK.AYRICA PATOLOJİ-SİTOLOJİ SONUCU TARİHİ MERKEZİ NUMARASI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">İMATENİL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

18	<ul style="list-style-type: none">• VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET(ENDİKASYON DIŞI FORMU SUT ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR)• VENCLYXTO 50 MG 7 FILM KAPLI TABLET(ENDİKASYON DIŞI FORMU SUT ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR)• RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL(RAPORDAKİ AÇIKLAMA SUT ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR)	<ul style="list-style-type: none">• VENCLYXTO; KLL TANISINDA S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN İLE ÖDENECEĞİ YÖNÜNDE GÖRÜŞ YAZISI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.• RIVELIME; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">• CETROTIDE 0.25 MG.LIYOFILIZE 1 FLK...(HASTANIN SİSTEMDE AŞILAMA RAPORU BULUNMAMAKTADIR.)• GONAL-F 450 IU KUL.HAZ.1 ENJ.KALEMI(HASTANIN SİSTEMDE AŞILAMA RAPORU BULUNMAMAKTADIR.)• OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR(HASTANIN SİSTEMDE AŞILAMA RAPORU BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORDA İKİ DENEME AŞILAMA YAPILDIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">• ARISTU 1 MG 28 TABLET(MENAPOZ DURUMU BELİRTİLMEDİĞİNDEN ENDİKASYON UYUMU TESPİT EDİLEMEDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none">• PEDIASURE FIBER MUZ AROMALI 220 ML SİSE(220 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">• PEDIASURE FIBER; RAPORDA BOY VE KİLO DEĞERLERİ -2SD ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none">• EVASIF 245 MG 30 FTB(TÜM DEVAM RAPORLARI BİRBİRİNDEN KOPYALANMIŞ.GÜNCEL DEĞERLER VE ÖLÇÜM TARİHLERİ YOK.)• ALIPZA 2 MG FILM TABLET(TEK LDL ÖLÇÜMÜ VE DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• EVASIF; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.• ALIPZA; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">• CETROTIDE 0.25 MG.LIYOFILIZE 1 FLK...(2 KEZ AŞILAMA YAPILMAMIŐ.)• GONAL-F 900 IU KUL.HAZIR ENJ.KALEMI(2 KEZ AŞILAMA YAPILMAMIŐ.)• OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR(2 KEZ AŞILAMA YAPILMAMIŐ.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">• INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(HASTA 18 AYDAN BÜYÜK OLDUĞU İÇİN KESİLDİ)	<ul style="list-style-type: none">• INFATRINI; RAPORDAKİ KİLO VE YAŞ ARALIĞI UYGUN OLMADIĞİNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">• PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(RAPORDA İLACIN AD YER ALMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

26	<ul style="list-style-type: none">LATİXA 500 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none">FEMARA 2.5 MG 30 FTB(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU İÇİN YETERLİ AÇIKLAMA YOK.)BYETTA 10 G/40 L(10 MG/40 ML) SC KULLANIMA HAZIR DOLU ENJ. KALEMI İCİNDE COZELTI(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDENME ŞARTLARIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞINI BELİRTMİYOR.)	<ul style="list-style-type: none">FEMARA -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.BYETTA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
28	<ul style="list-style-type: none">EZETEC PLUS 10 MG/20 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none">BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET(RAPOR GENEL TÜM ÖDENME ŞARTLARINI İÇERMEKTEDİR.HASTADA TÜM DURUMLAR VARSA VEYA İFADESİ UYGUN DEĞİLDİR.HANGİ DURUM MEVCUTSA YAZILMALI.)ALATAB 600 MG 30 FTB(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	<ul style="list-style-type: none">BRILINTA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.ALATAB-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
30	<ul style="list-style-type: none">ENFEROX EASY 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(RAPORDAKİ TEŞHİS PROSPEKTÜS ENDİKASYONUNA GÖRE UYGUN DEĞİLDİR.)ENFEROX EASY 180 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(RAPORDAKİ TEŞHİS PROSPEKTÜS ENDİKASYONUNA GÖRE UYGUN DEĞİLDİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDAKİ BETA TALASEMİ TANISI VE GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
31	<ul style="list-style-type: none">ERTINO B 150 MG 30 FTB(RAPORDAKİ AÇIKLAMA SUT ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR)ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB.(RAPORDAKİ TEŞHİSLE ÖDENMEZ)	<ul style="list-style-type: none">ERTINO B; S.B. EK ONAY ALINMAYACAK İLAÇLAR LİSTESİNE VE RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.ARIMIDEX - HORMON RESEPTOR POZİTİF MEME CA TANISI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
32	<ul style="list-style-type: none">THINCAL 120 MG 84 KAP(12 HAFTA SONUNDA VÜCUT AĞIRLIĞININ EN AZ %5'İNİN KAYBOLMAMASI HALİNDE TEDAVİ KESİLECEKTİR.18/04/2023 KİLO:126, 03/07/2023 KİLO:112,KİLO, 28/02/2024 KİLO:118)	<ul style="list-style-type: none">THINCAL ; BAŞLANGIÇ RAPORUNDA YALNIZCA DİYETLE EN AZ 2,5 KG'LIK BİR KİLO KAYBI OLDUĞU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REEDİNE.

33	<ul style="list-style-type: none">• ENOX 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ.(GEBELİKTE KATILIM PAYLI ÖDENDİ)	<ul style="list-style-type: none">• ENOX; GEBELİK HARİCİNDE KULLANIMI BULUNMADIĞINDAN KATILIM PAYLI ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
34	<ul style="list-style-type: none">• KOMPLIA 25 MG SERT KAPSUL (21 ADET)(YETERLİ DOZ VE SÜREDE TALİDOMİD VEYA BORTEZOMİB KÜRLERİNE YETERLİ CEVAP ALINAMAYAN VEYA EMG İLE KANIYETERLİ DOZ VE SÜREDE TALİDOMİD VEYA BORTEZOMİB KÜRLERİNE YETERLİ CEVAP ALINAMAYAN VEYA EMG İLE KANIMIŞ NÖROPATİ NEDENİ İLE BU AJANLARIN KULLANILAMADIĞI HASTALARIN TEDAVİSİNDE YETERLİ BİLGİLENDİRME EKSİK)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
35	<ul style="list-style-type: none">• IMAVEC 400 MG 30 CAP(RAPORDAKİ ENDİKASYON EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
36	<ul style="list-style-type: none">• ACTEMRA 162 MG/ 0,9 ML SC ENJ. COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 4 ENJEKTOR (BİYOLOJİK AJAN)(HASTA 6 AYDAN FAZLA SÜREDİR İLACI KULLANMADIĞI İÇİN RAPORUN BAŞLANGIÇ RAPORU OLMASI GEREKLİDİR.RAPOR UYGUN DEĞİLDİR.)• RESOURCE PROTEİN ÇIKOLATALI 200 ML(250 KCAL)(MALNUTRİSYONA EŞLİK EDEN HASTALIK BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">• ACTEMRA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• RESOURCE; MALNUTRİSYONA EŞLİK EDEN HASTALIK BELİRTİLMEDIĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
37	<ul style="list-style-type: none">• EZETEC PLUS 10 MG/40 MG FİLM KAPLI TABLET (30 TABLET)(338277B 18330961 28/02/2024 COLNAR 20 MG 28 TABLET 04/07/2024 4 04.08 (AYNI GÜN AYNI ECZANE TARAFINDAN FATURA EDİLMİŞ))	<ul style="list-style-type: none">• EZETEC PLUS 10 MG/40 MG; İKİ FARKLI STATİN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
38	<ul style="list-style-type: none">• ADVAGRAF 1 MG 50 UZATILMIS SALIMLI 50 SERT KAP(SON RAPORA GÖRE (1X6 MG) OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDE;33T5GOX NUMARALI REÇETEDeki İLACIN İLAÇ ALIM TARİHİNİ AŞMIŞTIR.1 KUTUSU KESİLDİ)	<ul style="list-style-type: none">• ADVAGRAF; GÜNCEL RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
39	<ul style="list-style-type: none">• PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(RAPORDA BELİRTİLEN KMY BÖLGESİ İÇİN AÇIKLAMA (SOL BOYUN)YETERLİ DEĞİL.KIRIKLA İLGİLİ ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.AYRICA PATOLOJİK KIRIK AÇIKALAMASI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

40	<ul style="list-style-type: none">• EVRENZO 70 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(MEVCUT DURUMDA BİR ESA TEDAVİSİ ALIRKEN DURUMU STABİL OLAN DİYALİZ HASTALARINDA, YALNIZCA GEÇERLİ BİR KLİNİK NEDEN OLMASI VE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ HALİNDE ROKSADUSTAT TEDAVİSİNE GEÇİLEBİLİR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	<ul style="list-style-type: none">• VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(TÜM DEVAM RAPORLARI BİRBİRİNDEN KOPYALANMIŞ.GÜNCEL DEĞERLER VE ÖLÇÜM TARİHLERİ YOK.BAŞLAMA KRİTERLERİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• 23/02/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
42	<ul style="list-style-type: none">• LENOM 5 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL)(RAPORDA SUT A GÖRE EKSİKLİKLER VAR.)• CASODEX 50 MG.28 TABLET(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• LENOM; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• CASODEX-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
43	<ul style="list-style-type: none">• EZETEC PLUS 10 MG/40 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(EN AZ 6 AY BOYUNCA STATİNLERLE TEDAVİ EDİLMİŞ OLMASINA RAĞMEN LDL DÜZEYİ 100 MG/DL'NİN ÜZERİNDE KALAN HASTALARDA BU DURUMUN BELGELENMESİ KOŞULUYLA VE KARDİYOLOJİ, İÇ HASTALIKLARI, NÖROLOJİ YADA KALP VE)• FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(57 YAŞ. UYGUN (L1-L4 L2-L4) KMY ÖLÇÜMÜ YOK)	<ul style="list-style-type: none">• EZETEC PLUS - DAHA ÖNCE STATİN RAPORU VE TEDAVİSİ BULUNMADIĞINDAN RAPORA SONRADAN EKLENEN İBARE UYGUN GÖRÜLMEMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.• FOSAVANCE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
44	<ul style="list-style-type: none">• UROCIT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB(EN AZ BİR GİRİŞİMSEL(ESWL VEYA CERRAHİ)TEDAVİ UYGULANMIŞ REKÜRREN BÖBREK TAŞI OLAN VE İDRAR PH DEĞERİ 6,5 ALTINDA OLAN HASTADA ÖDENİR.)• RIVOKSAR 20 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET)(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">• UROCIT-K-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• RIVOKSAR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

45	<ul style="list-style-type: none">• DEFEJACT 500 MG DAGILABILIR TABLET (28 TABLET)(TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.AYRICA YÜKSEK YÜKLEME DOZU MEVCUT.40MG/KG.)• METACARTIN 1G/5 ML IM/IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP(GİRİLEN 4*1 DOZLA İLAÇ 16.04.2024 TARİHİNDE BİTİYOR.33TSS8P NUMARALI REÇETEDKİ İLAÇ ALIM TARİHİNİ AŞIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">• DEFEJACT ; 18/05/2023 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• METACARTIN; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
46	<ul style="list-style-type: none">• ALATAB 600 MG 30 FTB(SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA BULUNMAMAKTADIR)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
47	<ul style="list-style-type: none">• JANUMET 50/500 MG 56 FILM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA KULLANILIR.)	<ul style="list-style-type: none">• JANUMET ; İLGİLİ RAPORDA İLAÇLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
48	<ul style="list-style-type: none">• PRATIN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTA İLACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS ESKİ LDL DEGERİ İLE ODENMEZ.)	<ul style="list-style-type: none">• PRATIN; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
49	<ul style="list-style-type: none">• CRESTOR 10 MG.28 TABLET(RAPORDAKİ LDL UYGUN DEĞİL.)• MISOL 50 MG 28 FILM TABLET (SSRI)(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• CRESTOR 10 MG; İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN VE GÜNCEL LDL DEĞERİ İSE UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• MISOL; RAPOR DOZUNA GÖRE BİTİŞ TARİHİNE KADAR 3 KUTU ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
50	<ul style="list-style-type: none">• DROPOETIN 2000 IU/0,2 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN KULL HAZIR 6 SIRINGA(E-REÇETEDKİ BİLGİLERE GÖRE GÜNLÜK DOZ 2625 Ü/KG./HF DOZ DÜZELTİLDİ, KESİNTİ OLUŞTU. (KURU KİLO : 17.5 KG - HESAPLANAN DOZ :2625))	<ul style="list-style-type: none">• DROPOETIN; E-REÇETEDKİ DOZ HESABINA GÖRE 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
51	<ul style="list-style-type: none">• ATOR 20 MG.30 TB.(LDL DÜZEYİ 70 İN ÜSTÜNDE DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• ATOR; LDL DEĞERİ 70 ÜZERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

52	<ul style="list-style-type: none">• VIRENTE 0,5 MG 30 FTB(TÜM DEVAM RAPORLARI BİRBİRİNDEN KOPYALANMIŞ. GÜNCEL DEĞERLER VE ÖLÇÜM TARİHLERİ YOK.)• HEPAGARD 0,5 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(TÜM DEVAM RAPORLARI BİRBİRİNDEN KOPYALANMIŞ. GÜNCEL DEĞERLER VE ÖLÇÜM TARİHLERİ YOK.)• VIRENTE 0,5 MG 30 FTB(TÜM DEVAM RAPORLARI BİRBİRİNDEN KOPYALANMIŞ.GÜNCEL DEĞERLER VE ÖLÇÜM TARİHLERİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• VIRENTE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• HEPAGARD-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• VIRENTE -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
53	<ul style="list-style-type: none">• UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET(SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNAMAMIŞTIR)• NEURONTIN 600 MG.50 FILM TABLET(SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNAMAMIŞTIR. KATILIM PAYI KESİLDİ)	<ul style="list-style-type: none">• UKRA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• NEURONTIN-RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
54	<ul style="list-style-type: none">• EVRENZO 100 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(E REÇETEDE HASTANIN KİLOSU 100 DEN AZ DİYE BELİRTİLMİŞ. 70MG LİK TABLETTEN VERİLMELİYDİ)• DAFLON 500 MG.60 FILM TABLET(RAPOR DOZU 1*1)	<ul style="list-style-type: none">• EVRENZO; ESA TEDAVİSİ ALMAYAN AĞIRLIĞI 100 KG HASTA İÇİN 70 MG DOZ İLE BAŞLANMIŞ VE DAHA SONRASINDA HG DEĞERİ 6.9' A DÜŞTÜĞÜNDEN 100 MG GEÇİŞ YAPMIŞTIR. ÖDENMESİNE.• DAFLON; -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
55	<ul style="list-style-type: none">• IBANOS 150 MG 3 FTB(T DEĞERİ UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
56	<ul style="list-style-type: none">• VASTAREL MR 35 MG 60 FTB(RAPORDA 1*1,REÇETEDE 2*1)• BETANORM MR 30 MG 90 TABLET(RAPORDA 1*1,REÇETEDE 1*2)	<ul style="list-style-type: none">• VASTAREL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• BETANORM-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
57	<ul style="list-style-type: none">• TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET(EK-4/F MADDE 51. ANJİOTENSİN RESEPTÖR BLOKERLERİ VE KOMBİNASYONLARI)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
58	<ul style="list-style-type: none">• NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">• NUTRISON -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
59	<ul style="list-style-type: none">• FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CILEK AROMALI(200 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

60	<ul style="list-style-type: none">TREVICTA 350 MG I.M. ENJEKSİYON İCİN UZUN SALIMLI SUSPANSİYON İCEREN KULLANIMA HAZİRENJEKTOR(PALİPERİDONUN 3 AYLIK DEPO PARENTERAL FORMLARI (ARALIKSIZ EN AZ 4 AY SÜREYLE PALİPERİDONUN 1 AYLIK DEPO PARENTERAL FORMUNUN KULLANIMI SONRASI KLİNİK OLARAK STABİL OLAN HASTALARDA BU DURUMUN BELİRTİLDİĞİ RAPORA İSTİNADEN REÇETE EDİLMESİ HALİNDE BEDELİ KURUMCA KARŞILANIR.)	<ul style="list-style-type: none">TREVICTA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
61	<ul style="list-style-type: none">KARUM 75 MG.28 FILM TABLET(RAPORDA HASTADA HANGİ DURUMUN OLDUĞU BELİRTİLMİYOR.TIKAYICI PERİFERİK ARTER HASTALIĞI VEYA İSKEMİK İNME.AKTİF BAŞKA RAPOR SEÇİLEMİYOR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
62	<ul style="list-style-type: none">ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(E-REÇETEDE HASTANIN VA VE TETKİK SONUÇLARI MEVCUT DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">İADE EDİLMESİNE.
63	<ul style="list-style-type: none">MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP(275 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

