

02.10.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

| Dosya No | İTİRAZ KONUSU | KOMİSYON KARARI |
|----------|---|---|
| 1 | THINCAL 120 MG 84 KAP(SUT'UN (MADDE 4.2.18/2). NOLU MADDESİNE GÖRE;DAHA ÖNCE DÖRT ARDIŞIK HAFTA BOYUNCA YALNIZCA DİYETLE EN AZ 2,5 KG LİK BİR KİLO KAYBI OLMALIDIR.RAPORDA DİYET VE EGZERSİZLE BİRLİKTE EN AZ 2,5 KG LİK KİLO KAYBI OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) | THINCAL 120 MG 84 KAP;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 2 | <ul style="list-style-type: none">FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(RAPOR ICD 10 KODU KMY DEĞERİNE GÖRE UYGUN DEĞİL.)ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) | <ul style="list-style-type: none">FOSAVANCE - PATOLOJİK KIRIKLA İLGİLİ TANI KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.ELIQUIS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 3 | ERELZI 50 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM(RAPOR TANISI-ICD 10 KODU VEYA RAPOR AÇIKLAMASI BİRBİRİYLE UYUMSUZ.) | ERELZI 50 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 4 | EZETEC 10 MG 28 TABLET(RAPORDA EN AZ 6 BOYUNCA STATİNLERLE TEDAVİ EDİLMESİNE RAĞMEN LDL DÜZEYİ 100 MG ÜZERİNDE KALAN HASTA İFADESİ BELİRTİLEREK EZETEC 10MG BAŞLANMIŞ ANCAK HASTANIN 01/2023 TARİHLİ RAPORUNDA LDL:183 OLARAK BELİRTİLİP LIPITOR 80 MG TB VERİLMeye DEVAM EDİLİYOR) | EZETEC 10 MG 28 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 5 | PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(2 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İÇİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (<-2SD),OLAN ÇOCUKLARDA BESLENME SOLUSYONU BEDELI ÖDENİR) | PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 6 | FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI EKLETİLSİN DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.SUT'UN (MADDE 4.2.8.A/2) NOLU MADDESİNE GÖRE EKSİKLİK TAM OLARAK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) | FORTIMEL ENERGY; RAPORA 31/08/2023 TARİHİNDE YAPILAN EKLEMELERE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 7 | EVASIF 245 MG 30 FTB(HASTANIN 2018 TARİHİNDE ANTİVİRAL DEĞİŞİMİ VAR.ANTİVİRAL DEĞİŞİMİ İÇİN "NEGATİF OLAN HBVDNA POZİTİF OLDUĞUNDAN" DENMİŞ.HASTANIN 31.01.20217 TARİHİNDEKİ HBVDNA DURUMU RAPORDA YOK.) | EVASIF 245 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 8 | ENBREL 25 MG SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 4 ENJEKTOR (ANTI TNF)(SUT'A GÖRE;TEDAVİNİN DEVAMINDA ACR PEDİATRİK CEVAP KRİTERİNE 6 AYDA BİR BAKILIR,BAŞLANGIÇ VE ACR PEDİATRİK CEVAP KRİTERİ HER SAĞLIK KURULUNDA BELİRTİLİR.RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLSİN DİYE İADE YAPILMIŞTIR.EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) | ENBREL 25 MG SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 4 ENJEKTOR;RAPORA 01/09/2023 TARİHİNDE YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 9 | FEMARA 2.5 MG 30 FTB (RAPORDA ENDİKASYON EKSİK) | FEMARA 2.5 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 10 | LIPITOR 20 MG.30 TB.(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.) | LIPITOR 20 MG.30 TB RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 11 | <ul style="list-style-type: none">LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |

| | | |
|----|--|--|
| | <p>ENJEKTOR(BEVZSİZUMAB KULLANIMI İLE İLGİLİ AÇIKLAMA YOK.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ALIPZA 2 MG FILM TABLET(TEK BAŞINA LDL UYGUN DEĞİL.İDAME TEDAVİ DEĞİL.) | |
| 12 | RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI YETERSİZ.) | RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 13 | GLUCERNA SELECT VANILYA AROMALI 500 ML (500 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI RAPORA EKLETİLSİN DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.SUT'UN (MADDE 4.2.8.A/2) NOLU MADDESİNE GÖRE EKSİKLİK TAM OLARAK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) | GLUCERNA SELECT VANILYA AROMALI 500 ML; 06/09/2023 TARİHİNDE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 14 | XAMATE 50 MG 60 FTB(RAPORDAKİ DOZ ÖDENDİ.) | XAMATE 50 MG 60 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 15 | VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET((7) ANTİVİRAL TEDAVİ ALMAKTA OLAN HBSAG POZİTİFLİĞİ DEVAM EDEN HASTALARDA; KLİNİK, LABORATUVAR, GÖRÜNTÜLEME VE GEREKMEŞİ HALİNDE KARACİĞER BİYOPSİSİ VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ SONUCUNDA VERİLECEK KARARA GÖRE TEDAVİYE DEVAM EDİLİR. TEDAVİYE ARA VERİLMESİ DURUMUNDA BU FIKRA HÜKÜMLERİ UYGULANIR.AYRICA RAPORDA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ BELİRTİLİR.) | VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET; SUT UN4.2.13.1-6. MADDESİNE GÖRE YENİLENEN RAPORDA TEK BAŞINA HBSAG POZİTİFLİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. |
| 16 | FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.) | FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 17 | ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA BEDELI ÖDENİR) | ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 18 | DIAMICRON MR 60 MG 60 TABLET(RAPORDAKİ DOZU=1*1) | DIAMICRON MR 60 MG 60 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 19 | MINIRIN MELT 120 MCG ORAL LIYOFİLİZAT(RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.) | MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFİLİZAT ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 20 | RESOURCE PROTEIN VANILYA AROMALI 200 ML(250 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI RAPORA EKLETİLSİN DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.RAPORDA HASTANIN SON 6 AYDA %5 TEN FAZLA İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) | RESOURCE PROTEIN VANILYA AROMALI 200 ML; SON 3 AYDA VÜCUT AĞIRLIĞININ %10 UNU İSTEMSİZ KAYBETTİĞİ RAPORDA BELİRTİLDİĞİNDEN VE İADE SONRASI RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 21 | COFACT 250 IU 1 FLK(ENDİKASYON DIŞI İZİNİN SÜRESİ DOLMUŞTUR) | COFACT 250 IU 1 FLK;REÇETE TARİHİ İTİBARİYLE 26/12/2022 TARİHLİ S.B. ENDİKASYON DIŞI KULLANIM ONAYI İLE BİRLİKTE 6 AYLIK DOZ AŞILMADIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 22 | RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI RAPORA EKLETİLSİN DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.RAPORDA HASTANIN SON 6 AYDA %5 TEN FAZLA 6 AYDAN DAHA UZUN SÜREDE İŞE %10 DAN FAZLA İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) | RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; SON 3 AYDA VÜCUT AĞIRLIĞININ %10 UNU İSTEMSİZ KAYBETTİĞİ RAPORDA BELİRTİLDİĞİNDEN VE İADE SONRASI RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|---|--|
| 23 | RESOURCE PROTEIN ÇIKOLATALI 200 ML(250 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMINDAKİ EKSİKLİKLER GİDERİLSİN DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.RAPORDA;MALNÜTRİSYONA NEDEN OLAN EŞLİK EDEN HASTALIK VEYA TRAVMA BELİRLENMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) | RESOURCE PROTEIN ÇIKOLATALI 200 ML; RAPORDA EKSTRAPIRAMİDAL BOZUKLUKLAR VE HAREKET BOZUKLUKLARI TANISI BULUNDUĞUNDAN VE İADE SONRASI MALNÜTRİSYON EKSİKLİĞİ GİSERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. |
| 24 | PROGRAF 1 MG 50 KAPSUL(RAPORDA 2*1,REÇETEDE 2*3) | PROGRAF 1 MG 50 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 25 | IMATIS 200 MG 60 FTB(RAPORDA RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUYLA İLGİLİ BİLGİLER BELİRTİLMEMİŞ.) | IMATIS 200 MG 60 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 26 | DIAFORMIN 850 MG 100 TABLET(RAPORDAKİ İLAC DOZU 1*1 RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.) | DIAFORMIN 850 MG 100 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 27 | RIVELIME 10 MG 21 SERT KAPSUL(SUT A GÖRE 4. AYDA YAPILAN YANIT DEĞERLENDİRMESİNDE TRANSFÜZYON İHTİYACININ ORTADAN KALKMAMASI HALİNDE TEDAVİ SONLANDIRILIR.ENDİKASYON DIŞI BELGESİ OLSA BİLE İLACIN DEVAMI İÇİN TRANSFUZYONA İHTİYAÇ OLMAMASI GEREKİR) | RIVELIME 10 MG 21 SERT KAPSUL; ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ GEÇERLİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. |
| 28 | <ul style="list-style-type: none">EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB(HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMIYORSA RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKLİDİR.)PLAVIX 75 MG 28 FTB(HASTADA İSKEMİK İNME VARSA RAPORDA BELİRTİLMELİ.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 29 | <ul style="list-style-type: none">LEVOTIRON 125 MCG 50 TB(RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.RAPORSUZ GİRİLDİ.)CRESTOR 20 MG.28 TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI STATİN KULLANIMI İÇİN YETERLİ DEĞİL.)TANSIFA PLUS 16 MG/5 MG/12.5 MG TABLET (28 TABLET)(HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMIYORSA RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKLİDİR.) | <ul style="list-style-type: none">LEVOTIRON 125 ; İKİ FARKLI FORM VERİLDİĞİNDEN VE RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.CRESTOR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.TANSIFA PLUS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 30 | TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET(HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMIYORSA RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKLİDİR.) | TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 31 | <ul style="list-style-type: none">LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(SOL GÖZ BEVACİZUMAB KULLANMADAN 17.07.2019 TARİHİNDE BAŞLANMIŞ.REÇETE GİRİŞİ 398 KODU İLE .)LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(HÂLİHAZIRDAKİ OKT' DE MERKEZİ FOVEA KALINLIĞININ 250 MİKRON VE ÜZERİNDE OLMASI DURUMUNDA TEDAVİYİ YÜRÜTEN HEKİM TARAFINDAN "HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİNİN" RAPORDA BELİRTİLMESİ KAYDIYLA MEVCUT ANT-VEGF İLAÇ İLE TEDAVİYE DEVAM EDİLMESİ MÜMKÜNDÜR.TEDAVİNİN ETKİNLİĞİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRME | <ul style="list-style-type: none">LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR;RAPORA YAPILAN 02/10/2023 TARİHLİ EKLEME UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|---|--|
| | <p>KRİTERLERİNİN TAMAMI; İDAME TEDAVİ OLDUĞU İÇİN BİR ÖNCEKİ MUAYENEDE TESPİT EDİLEN DEĞERLENDİRME KRİTERLERİYLE MUKAYESE EDİLEREK RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.)2XM7PSS-LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(398 KODU İLE GİRİLMİŞ.SOL GÖZ İÇİN UYGUN DEĞİL.HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİNİN" RAPORDA BELİRTİLMESİ KAYDIYLA MEVCUT ANT-VEGF İLAÇ İLE TEDAVİYE DEVAM EDİLMESİ MÜMKÜNDÜR.TEDAVİNİN ETKİNLİĞİNE YÖNELİK DEĞERLENDİRME KRİTERLERİNİN TAMAMI; İDAME TEDAVİ OLDUĞU İÇİN BİR ÖNCEKİ MUAYENEDE TESPİT EDİLEN DEĞERLENDİRME KRİTERLERİYLE MUKAYESE EDİLEREK RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.)</p> | |
| 32 | <p>RESOURCE JUNIOR FIBRE CIKOLATA AROMALI 190 ML(285 KCAL)(RAPORDA L BOY:147 CM VA:40 KG VKİ:18,5 (-1.26 SDS) ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNDA, YAŞINA GÖRE BOY VE KİLO GELİŞİMİ 2 STANDART SAPMANIN ALTINDA (< -2SD) YAZILI ANCAL VKİ - 1,26 SDS OLDUĞU İÇİN BEDELI ÖDENMEDİ)</p> | <p>RESOURCE JUNIOR FIBRE CIKOLATA AROMALI 190 ML;ÇOCUKLUK ÇAĞINDA CROHN HASTALIĞINDA MALNUTRİSYON GELİŞMESİ ARANMAYACAĞINDAN ÖDENMESİNE.</p> |
| 33 | <ul style="list-style-type: none"> FORA G 20 BLOOD GLUCOSE TEST STR.50(RAPORDA HASTA GUNDE BIR DEFA GLARJIN INSULIN KULLANIYOR VE İĞNE UCU 1*1 OLARAK YAZILDI ANCAK 4*1 OLARAK REÇETELENMİŞ) URSACTIVE 250 MG 100 KAP(KARACİĞER NAKLİ YAPILMIŞ HASTALARDA SAFRA TAŞI/KOLESTAZ PROFLAKSİSİNDE, BEDELI ÖDENİR) | <ul style="list-style-type: none"> FORA G 20 BLOOD GLUCOSE TEST; STRİP 4*2 OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. URSACTIVE ; SAFRA TAŞI TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 34 | <p>RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(RUTIN ÇOCUK MUAYENESİ ICD KODU İLE ÇOCUĞUN BOY VE KİLOSU YAZILARAK BESLENME SOLUSYONU BAŞLANMIŞ SUTA GÖRE2 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İÇİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (<-2SD),İSE BEDELI ÖDENİR)</p> | <p>RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</p> |
| 35 | <p>FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(PATOLOJİK KIRIĞI OLMAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA"T" DEĞERLERİNDEN HERHANGİ BİRİNİN -2,5 VEYA DAHA DÜŞÜK OLMASI DURUMUNDA, BEDELI ÖDENİR HASTA 60 YAŞINDA L1-L4 :-2,7)</p> | <p>FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB;SONRADAN EKLENEN DEĞERLE İLGİLİ EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</p> |
| 36 | <p>CYNACAL 90 MG 28 FTB(BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ UYGUN DEĞİL)</p> | <p>CYNACAL 90 MG 28 FTB; TEDAVİDE BAŞLANGIÇ RAPORU OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.</p> |
| 37 | <p>HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(YETİŞKİNLERDE, KORTİKOSTEROİDLERE YETERSİZ YANIT VERMİŞ, KORTİKOSTEROİD KULLANIMININ AZALTILMASI GEREKEN VEYA KORTİKOSTEROİD TEDAVİSİNE UYGUN OLMAYAN NON-ENFEKSİYÖZ ORTA, ARKA VEYA PANÜVEİTTE BEDELI ÖDENİR 2020 YILINDA HASTAYA METOTREXAT İLK OLARAK KULLANILIP ENDİKASYON DIŞI BELGE İLE ADALIMUMAB 40MG/ML BAŞLANMIŞ YENİ RAPOR İÇİN ENDİKASYON DIŞI BELGE ALINMAMIŞ)</p> | <p>HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE VE S.B EK ONAY ALINMAYACAK İLAÇ LİSTESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</p> |
| 38 | <p>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIS)DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL)(RECETEDE OLMAYAN 254 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIS)</p> | <p>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</p> |

| | | |
|----|--|--|
| 39 | <ul style="list-style-type: none">• VENTOLIN INHALER 200 DOZ (SABA) (RAPORDA 4*1,REÇETEDE 4*2)• TRENTAL CR 600 MG.20 FILM TB.(RAPORDA 1*1,REÇETEDE 2*1)• AYSETFINE INSULIN KALEM İĞNESİ .(RAPORDA 3*1,REÇETEDE 4*1)• DROPIA; .(RAPORDA 1*1,REÇETEDE 2*1) | <ul style="list-style-type: none">• VENTOLIN INHALER 200 DOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• TRENTAL CR 600 MG.20 FILM TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• AYSETFINE INSULIN KALEM İĞNESİ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• DROPIA ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 40 | <p>FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(MALNÜTRİSYON GELİŞMİŞ HASTALARDA BU DURUMLARIN BELİRTİLDİĞİ ÇOCUK HASTALIKLARI UZMAN HEKİMLERİ TARAFINDAN DÜZENLENEN EN FAZLA 6 AY SÜRELİ UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK BAŞLANIR. BU SÜRENİN SONUNDA; YUKARIDA BELİRTİLEN MALNÜTRİSYON KOŞULLARININ DEVAM ETMESİ DURUMUNDA ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ, ÇOCUK NÖROLOJİ, ÇOCUK METABOLİZMA, ÇOCUK CERRAHİSİ VEYA ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENEN EN FAZLA 6 AY SÜRELİ RAPORA DAYANILARAK ÖDENİR.)</p> | <p>FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML; İDAME RAPORU İLGİLİ UZMAN HEKİMLER TARAFINDAN DÜZENLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</p> |