

03.06.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (Hastanın diabeti yok)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">GONAL-F 450 IU KUL.HAZ.1 ENJ.KALEMI (KAÇINCI SIKLUS OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR (KAÇINCI SIKLUS OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (18 AYLIKTAN KÜÇÜK VE VA 9 KG DAN DÜŞÜK ÇOCUKLARDA ÖDENEN İLAÇ.GÜNCEL VA RAPORDA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">GONAL-F 450 IU KUL.HAZ.1 ENJ.KALEMI ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.INFATRINI 200 ML ;REÇETE TARİHİNDE HASTA 18 AYLIKTAN KÜÇÜK OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
3	ALIPZA 1 MG FILM 30 TABLET (LDL SONUCU RAPORDA YOK)	ALIPZA 1 MG FILM 30 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	ALIPZA 2 MG FILM TABLET (İDAME TEDAVİ DEĞİL.TEK BAŞINA LDL YETERLİ DEĞİL.)	ALIPZA 2 MG FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	FRESUBIN YOCREME KAYISI-SEFTALI AROMALI (4X125 G) (750 KCAL) (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	FRESUBIN YOCREME KAYISI-SEFTALI AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	PLETAL 100 MG 60 TABLET (İLGİLİ HASTANEDE KARDİYOVASKÜLER CERRAHİ UZ. DR.U OLDUĞUNDAN.)	PLETAL 100 MG 60 TABLET;İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
7	ENSURE 2 CAL CILEK AROMALI 200 ML (400 KCAL) (RAPORDA MAMA ADI YOK)	ENSURE 2 CAL CILEK AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI) (ANTİDEPRESAN OLARAK, 6 AYDAN FAZLA KULLANILMASI GEREKEN DURUMDA RAPOR PSİKİATRİ UZMANI TARAFINDAN ÇIKARILMALIDIR.)	DULOXX 30 MG 28 KAP; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN İLAÇ VERİLMESİNE RAĞMEN RAPORDA YA DA REÇETEDe PSİKİATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
9	EPORON 10000 IU/1,0 ML KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR (EPORON MYELODİPLİSTİK TEDAVİSİNDE HEMATOLOJİ VEYA İÇ HASTALIKLARI UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLEBİLİR. HEMOGRAM SONUÇ BELGESİNİN TARİHİ VE SONUCU REÇETEDe BELİRTİLİR.)	EPORON 10000 IU/1,0 ML KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR;EPORON MYELODİPLİSTİK TEDAVİSİNDE HEMATOLOJİ VEYA İÇ HASTALIKLARI UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLEBİLİR. HEMOGRAM SONUÇ BELGESİNİN TARİHİ VE SONUCU REÇETEDe BELİRTİLİR. KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
10	THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNMAMAKTADIR)	THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET;RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
11	ENSURE PLUS FIBER KAKAOLU 200 ML (300 KCAL) (RAPORDA ENSURE PLUS YAZMASINA RAĞMEN REÇETEDe ENSURE PLUS FIBER VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	ENSURE PLUS FIBER KAKAOLU 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) (SUT- B)PATOLOJİK KIRIĞI OLMAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA, LOMBER BÖLGEDEN POSTEROANTERİOR YAPILAN KMY ÖLÇÜMÜNDE LOMBER	PROLIA - RAPOR SUTA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

	TOTAL (L1-4 VEYA L2-4) VEYA FEMUR TOTAL VEYA FEMUR BOYNU KMY ÖLÇÜMÜNDE T DEĞERLERDEN HERHANGİ BİRİNİN -2,5 VEYA DAHA DÜŞÜK OLMASI DURUMUNDA, HASTA RAPORUNDA "L2 L4 T SKORU -2,22 HASTA 65 YAŞ ÜSTÜDÜR." İBARESİ VAR. -2,5 TAN BÜYÜK OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI)	
13	REVOLADE 50 MG 14 FTB (İLACIN KULLANILACAK İDAME DOZU VEYA İLACA DEVAM VEYA SONLANDIRMA KARARI HER 6 AYDA BİR BAKILAN TROMBOSİT DEĞERİNE GÖRE BELİRLENİR HASTANIN TROMBOSİT DEĞERİNE EN SON 01/2020 TARİHİNDE BAKILMIŞ VE YENİ TETKİKLER OLMADAN İLAÇ VERİLMEMEYE DEVAM EDİLMİŞ)	İDAME TEDAVİDE BİR YILDAN FAZLA SÜRE GEÇTİĞİ HALDE İLGİLİ RAPORDA GÜNCEL TROMBOSİT DEĞERLERİ OLMADIĞINDAN, İLACIN KULLANILACAK İDAME DOZU VEYA İLACA DEVAM VEYA SONLANDIRMA KARARI HER 6 AYDA BİR BAKILAN TROMBOSİT DEĞERİNE GÖRE BELİRLENİR HASTANIN TROMBOSİT DEĞERİNE EN SON 01/2020 TARİHİNDE BAKILMIŞ VE TETKİKLER OLMADAN İLAÇ VERİLMEMEYE DEVAM EDİLMİŞ KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
14	DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI) (ANTİDEPRESAN OLARAK KULLANIMINDA;6 AYDAN UZUN SÜRE KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLMESİ DURUMUNDA ÖDENİR)	6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN İLAÇ VERİLMESİNE RAĞMEN RAPORDA YAZAN REÇETEDE PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
15	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (KRONİKLEŞMEMİŞ, GEBELİKTE GELİŞEN DURUMLARDA ;CLEXANE 20.00 KATILIM PAYLI (O22.3 DERİN FLEBOTROMBOZ GEBELİKTE) OLARAK ÖDENİR.KATILIM PAYI KESİLDİ)	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPOR TANISINA GÖRE MUAF ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none"> • ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA (RAPORDAKİ DOZ HAFTADA 1*40MCG,REÇETEDE VERİLEN HAFTADA 1*50MCG • ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA 2.918,04 FAPORDAKİ DOZ HAFTADA 1*40MCG,REÇETEDE VERİLEN HAFTADA 1*50MCG) 	<ul style="list-style-type: none"> • HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (İLK DEFA TEDAVİYE BAŞLAYAN HASTALARDA YÜKLEME DOZLARININ TAMAMLANMASI ESASTIR. YÜKLEME DOZU TAMAMLANMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.2 DOZ ARASINDA 3 AY ARA VERİLMİŞTİR.)	LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR; SUTUN 4.2.33-7 MADDESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	CEDRINA 100 MG.30 FILM TABLET (HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT. RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.)	CEDRINA - 01-04-2021 TARİHİNDE BİTEN KETİAPİN 26-03-2021 TARİHİNDE ALINABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none"> • SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (418 KODUYLA ÖDENMİYOR) • SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (418 KODUYLA ÖDENMİYOR) 	
20	BETMIGA 50 MG UZATILMIS SALIMLI 30 FILM TABLET (ENDİKASYON DIŞI KULLANIM)	BETMIGA 50 MG UZATILMIS SALIMLI 30 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	TYKERB 250 70 FTB (15/03/2021 TARİHİNDE YENİ BİR RAPOR DÜZENLENMİŞ GÖRÜNÜYOR.25/03/2021 TARİHİNDE "KAPESİTABİN İLE KOMBİNE OLARAK KULLANIMI ENDİKE" OLDUĞU HALDE TEK BAŞINA 418'LE FATURA EDİLMİŞ.SON KAPESİTABİNİ 10/01/2021'DE BİTMİŞ)	TYKERB 250 70 FTB ; MEME KANERİ TANILI RAPORLA KAPESİTABİN İLE BİRLİKTE KULLANILMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
22	CONCERTA 54 MG 30 KONT.SALIM TABLET (ÇOCUKLAR VE ADOLESANLARDA 12 AYDAN FAZLA KULLANILCAKSA İLGİLİ DOKTORUN HASTANIN FARMAKOTERAPİ OLAKSIZIN İŞLEVSELLİĞİNİ DEĞERLENDİRMEK AMACI İLE BELİRLİ ARALIKLARLA İLAÇSIZ DENEME SÜRESİ İLE İLACIN UZUN SÜRELİ FAYDASINI TEKRAR DEĞERLENDİRMELİDİR METILFENİDAT KULLANIMININ EN AZ YILDA BİR KEZ KESİLMESİ VE ÇOCUĞUN DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ	CONCERTA 54 MG 30 KONT.SALIM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	GEREKMEKTEDİR)	
23	<ul style="list-style-type: none"> ALATAB 600 MG 30 FTB (DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATİ / DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI DA ÖDENEN İLAÇ) TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKSİYON KALEMI (HASTANIN NOKTURNAL HİPOGLİSEMİSİ OLDUĞU BELİRTİLMİŞ. AMA HASTA UZUN ETİLİ İNSÜLİN KULLANMA ŞARTINI TAŞIMYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> ALATAB - SGKEPT ETKEN MADDE KODUNUN OLDUĞU 01.08.2019 RAPORUNDA " DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI" İBARESİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. TOUJEO -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO 20 MG 28 FTB (ORTA CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KPAĞI OLMAYAN NONVALVÜLER ATRİAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA KULLANILABİLİR.HASTANIN RİSK FAKTÖRÜNÜN NE OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLMELİ.) TARDEN 10 MG.30 FILM TB. (HASTANIN 6.AY 2019 İLE 7.AY 2020 ARASINDA HİPERLİPİDEMİ İLACI ALMADIĞI GÖRÜLÜYOR.6 AYDAN FAZLA ARA VERMİŞ.YENİDEN BAŞLANGIÇ KRİTERİ RAPORUNDA YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. TARDEN - BİR ÖNCEKİ HİPERLİPİDEMİ RAPORU 18.11.2018 VE BİTİŞ TARİHİN 18.11.2019 OLDUĞUNDAN VE TEDAVİYE 6 AYDAN FAZLA ARA VERİLDİĞİ HALDE GÜNCEL LDL SONUCU BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	EZETROL 10 MG.28 TABLET (SUT 4.2.28.C - EZETİMİB) (STATİNLERLE KOMBİNASYONLARI DAHİL) GEREĞİNCE ÖDEME DIŞI (EZETİMİB İLK REÇETE VE 1) LDL DEĞERİ 100ÜN ALTINDA, 2)KC ENZİM İLGİLİ HUSUS YOK)(KAĞIT REÇETE MUCİP EKİNDEDİR.)	EZETROL ; EN AZ 6 AY BOYUNCA STATİNLERLE TEDAVİ EDİLMİŞ OLMASINA RAĞMEN LDL DÜZEYİ 100 MG/DL'NİN ÜZERİNDE OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> UREDERM LIPO %10 (RAPORDA HAFTADA 1 KT OLARAK BELİRTİLMİŞ GÜNDE 2*1 OLARAK REÇETELENMİŞ SİSTEME RAPORDAKI DOZ GIRILINCE 5 KT BEDELİ ÖDENDİ) OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (MIYOKART INFARKTÜSÜND KULLANIM 2-8 GUNDUR STEMİ DE 8 GUN VE HASTA TABURCU OLANA KADAR KULLANILIP ORAL ANTIQUAGÜLANA GEÇİLİR HASTAYA 05/03/2021 TARİHİNDE (16/12/2020 TARİHLİ RAPORLA) VARFARIN BAŞLANMIŞ 06/03/2021 TARİHİNDE (10/10/2018 TARİHLİ RAPORLA) 418 KODU İLE ENOKSAPARIN ÇIKIŞI YAPILMIŞ) SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (IDRARDA OPIOIT SAPTANMAYAN HASTALARDA KULLANILABİLİR 418 KODU İLE ÇIKIŞ YAPILMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> UREDERM LIPO -- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE HAFTADA 3 KUTU OLARAK DÜZELTİLMESİNE. OKSAPAR- 16-12-2020 TARİHLİ RAPOR VE 05-03-2021 TARİHLİ REÇETEYELE VARFARIN KULLANIMINA GEÇİLMİŞTİR. 06-03-2021 TARİHLİ 418 KODUYLA VERİLEN ENOX LA BİRLİKTE KULLANILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. SUBOXONE – GÖRÜŞ CEVABI GELDİKTEN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
27	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (İLAÇLARIN GERİ ÖDEMESİ İÇİN HASTA ONAY FORMUNUN DOLDURULDUĞUNA DAİR BEYANIN VE FORMUN SERİ NUMARASININ SAĞLIK KURULU RAPORUNDA YER ALMASI GEREKİR.)	HUMIRA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	VALCYTE ROCHE 450 MG 60 FILM TB. 2.129,20 VALCYTE;BÖBREK NAKLİ OAN HASTALARDA CMV HASTALIGININ ÖNLENMESİNDE;TRANSPLANTASYONADAN SONRAKİ PROFİLAKSİ SÜRESİ EN FAZLA 100GÜNDÜR.BU SÜRENİN SONUNDA CMV İgM VE İgG DEĞERLERİ NEGATİF OLAN HASTALARDA EHU RAPORU İLE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE TRANSOLANTASYONDAN SONRAKİ EN FAZLA	VALCYTE ROCHE 450 MG 60 FILM TB ;NAKİL SONRASI TEDAVİ 100 GÜNÜ AŞTIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

	200.GÜNE KADAR PROFİLAKSİ SÜRESİ UZATILABİLECEKTİR.TRANSPLANTASYONDAN SONRAKİ 100 GÜN DOLMUŞTUR.418 UYARI KODU GİRİLEREK DEVAM REÇETESİ OLARAK İLAÇ ÇIKIŞI YAPILDIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	
29	FLEBOGAMMA % 5 DIF 5 G/100 ML INF ICIN COZ ICEREN 1 FLK (HEMOLİTİK ANEMİ TEŞHİSİ ENDİKASYONLARI İÇİNDE YOKTUR)	FLEBOGAMMA - SUTUN EK-4/D LİSTESİNDE D59 VE ALT KODLARDA ENDİKASYON UYUMU ARANDIĞINDAN VE RAPORDAKİ TANI ENDİKASYON DIŞI OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
30	RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML(300 KCAL) (RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI YOK.)	RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	DULESTER 30 MG 28 KAP (RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞTIR.BU RAPORLA 6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILMASI GEREKEN DURUMLDA REÇETeyİ PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ YAZMALIDIR.418 KODU GİRİLEREK İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	DULESTER 30 MG 28 KAP; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN İLAÇ VERİLMESİNE RAĞMEN RAPORDA YADAN REÇETEDe PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
32	VEMLİDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET (HASTANIN VEMLİDY 25 MG TB E GEÇİŞ KRİTERİ SUT A UYGUN DEĞİL. HASTA 29.11.2019 TARİHİNDE GEÇİŞ YAPMIŞ .O TARİHTE VEMLİDY E GEÇİŞ KRİTERLERİ OLAN(OSTEOPOROZ,KEMİK KIRIĞI,GFR,KAN P DÜZEYİ ALBÜMİNÜRİ DİYALİZ RENAL TARNSPLANTASYON)KOŞULLARI KALDIRILMAMIŞTI.)	VEMLİDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (HASTANIN 07.10.2020 TARİHİNDE RAPORU DÜZENLEYEN FTR(ANA BRANŞ) TA MUAYENESİ YAPILDIĞI HALDE 3 AYLIK DEĞERLENDİRMESİ YAPILMADAN 418 KODU İLE TEDAVİYE DEVAM EDİLMİŞ.DEVAM KRİTERİNE AİT DAS 28 SKORUNDA SERTOLİZUMAB İÇİN 1,2 PUANDAN FAZLA DÜŞME OLMASI HALİNDE TEDAVİYE DEVAM EDİLEBİLİR.)	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR ; DEVAM REÇETESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
34	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (TSAT DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)	ARANESP- DİLEKÇE EKİNDEKİ TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
35	TAMPROST MR 0.4 MG 30 KAPSUL (UROREC VE TAMPROST MR AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR ALFA ADRENORESEPTÖR ANTAGONİSTİ OLUP BU İLAÇLARIN GÜNLÜK MAX DOZU 1X1 DİR)	UROREC VE TAMPROST MR AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR ALFA ADRENORESEPTÖR ANTAGONİSTİ VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
36	ZENALB %20 100 ML IV INF ICIN DUSUK TUZLU SOL ICEREN 1 FLK (Albumin ölçüm ve rapor tarihi, ilaç alımından 1 gün öncesine ait olduğundan 2 günlük doz ödendi)	ZENALB - SUTUN 4.2.27.Ç-2 MADDESİNE GÖRE 3 GÜNLÜK DOZ VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN , RAPOR TARİHİ İLAÇ ALIM TARİHİNDEN BİR GÜN ÖNCESİNE AİT OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
37	UROMISIN 3 G TOZ ICEREN SASE (REÇETEDe İLGİLİ TEŞHİS BULUNMAMAKTADIR.432)	UROMISIN- E-REÇETEDe UYARI KODUNDAKİ TANI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
38	<ul style="list-style-type: none"> NERUDA 600 MG 50 FTB (SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNMAMAKTADIR. YENİ TARİHLİ,KATILIM PAYLI RAPOR SEÇİLDİ) DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (ANTİDEPRESAN OLARAK KULLANIMINDA;6 AYDAN UZUN SÜRE KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANACAKTIR.) EXCEGRAN 100 MG 100 KAP (AYNI AY AYNI ECZANE TARAFINDAN,2019'DA MERSİN 	<ul style="list-style-type: none"> NERUDA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. DUXET - 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN İLAÇ VERİLMESİNE RAĞMEN RAPORDA YAZAN REÇETEDe PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. LAKOZAMİD İLE İLGİLİ ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ OLDUĞUNDAN VE SUTTA DİĞER ANTİEPİLEPTİK İLAÇLARA EK TEDAVİ VEYA MONOTERAPİ OLARAK VERİLEBİLECEĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

	ÜNİVERSİTESİ'NDEN ÇIKAN VE YETİŞKİN DIŞINDA 16-18 YAŞTA ENDİKE OLAN, MAX DOZDA KULLANILAN BENVİDA İLACININ ÇIKIŞI DA YAPILMIŞ)	
39	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (4.2.15D-1..NOLU MADDENİN 16.06.2020 TARİHLİ DEĞİŞİMİNE GÖRE;ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAK HASTALIĞI OLMAYAN HASTALARDA BAŞLANABİLİR.)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
40	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (ENDİKASYONU DIŞINDA VERİLMİŞ.)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	XARELTO 20 MG 28 FTB (ORTA CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAK HASTALIĞI OLMAYAN NANVALVÜLER ATRİAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENEİLİR. HASTANIN XARELTO TEDAVİSİNDEN ÖNCE VARFARİN VEYA RİSK GRUBUNA AİT HERHANGİ BİR İLACI KULLANMADIĞI GÖRÜLÜYOR.)	RAPOR DALI HİPERTANSİYON TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
42	ARANESP 40 MCG.4 KULL. HAZIR SIRINGA (HASTANIN KAN DEĞERLERİNİ BAKILIP DİYALİZ MERKEZİNDE REÇETE EDİLMESİ GEREKİR 418 İLE VERİLMEYE UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">• ARANESP 40 MCG.4 KULL. HAZIR SIRINGA; (HASTANIN KAN DEĞERLERİNİ BAKILIP DİYALİZ MERKEZİNDE REÇETE EDİLMESİ GEREKİR 418 İLE VERİLMEYE UYGUN DEĞİL. KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
43	<ul style="list-style-type: none">• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (GEBELİKTE KATILIM PAYLI OLARAK BEDELİ ÖDENİR)• PAXIL 20 MG.28 FILM TABLET (SSRI) (RAPORDA" 4 AY SÜRE İLE KULLANIMI UYGUNDUR. 21/08/2020 11:48" İBARESİ İLE RAPOR ÇIKARILDIĞI İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)• PROZAC 20 MG.24 KAPSUL (SSRI) (22/07/2019 TARİHİNDE 1 YIL KULLANMASI UYGUN GÖRÜLEREK FLUOXETİN (SSRI GRUBU)RAPORU ÇIKARILMIŞ 21/08/2020 YILINDA PAROXETİN(SSRI GRUBUNDAN) BAŞKA BİR İLAÇ RAPORU ÇIKARILMIŞ HERİKİ RAPORDAN DA 418 KODU İLE İLAÇ ÇIKIŞI YAPILMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPOR TANISINA GÖRE MUAF ÖDENMESİNE.• PAXIL 20 MG.28 FILM TABLET;RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.• PROZAC 20 MG.24 KAPSUL;PAROKSETİN İLE İLGİLİ RAPOR GÜNCEL OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.