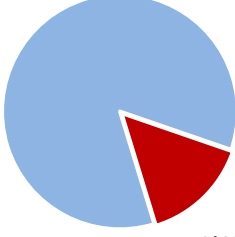


**29.İTİRAZ KOMİSYONU**  
**GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=67**

ÖDENEN DOSYA  
SAYISI  
54

%80,59



ÖDENMEYEN  
DOSYA SAYISI  
13

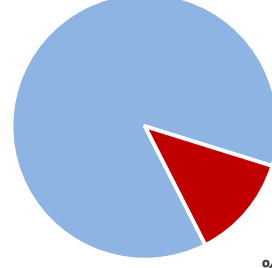
%19,41

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

**29.İTİRAZ KOMİSYONU**

%87,31

ÖDENEN TUTAR  
1 325 391,18 ₺



ÖDENMEYEN  
TUTAR  
192 568,73 ₺

%12,69

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

**03.10.2024 TARİHLİ 29. İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU**

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>BETASERC 24 MG 100 TB(RAPORDAKİ DOZU=1*1)</li><li>VASTAREL MR 35 MG 60 FTB(RAPORDAKİ DOZU=1*1)</li><li>JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMİN)(RAPORDAKİ DOZU=1*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BETASERC ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>VASTAREL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>JANUMET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(17 YAŞINDA OLAN EPILEPSİ HASTASINA DEMANS TANILI BESLENME RAPORU 2021 YILINDA ÇIKARILARAK MUAF VERİLMİŞ HASTANIN RAPORUNA 20.00 KODU İLE TEŞHİS EKLENİNCE SİSTEM RAPORUN SÜRESİNİ 30/09/2023 TARİHİNDE SONLANDIRDIĞI İÇİN BESLENME SOLUSYONUNUN TAMAMI KESİLMİŞTİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ALZHEİMER HASTALIĞINDA BUNAMA TANISI OLMADIĞINDAN VE HERHANGİ BİR İLAÇ KULLANMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>EZETEC PLUS 10 MG/10 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(2023 rosuvastatin raporuyla eşzamanlı kullanım)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>EZETEC PLUS-EZETEC PLUS; RAPORA YAPILAN AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• NERUDA 600 MG 50 FTB(Sistemde kayıtlı diyabet raporu veya ilacı bulunamamıştır. Katılım payı kesildi)</li><li>• ALATAB 600 MG 30 FTB(Sistemde kayıtlı diyabet raporu veya ilacı bulunamamıştır)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• NERUDA VE ALATAB; RAPORSUZ DİYABET İLAÇLARI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>• GLINIUM 50 MCG INHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA)(hasta kombinasyon tedavi alıyor ve raporda sutta istenen açıklama yok.)</li><li>• ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(hastanın risk faktörü yok.)</li><li>• NEXETIN 20 MG 28 KAPSUL(reçetede uyarı koduyla ilgili açıklama yok.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• GLINIUM-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• ELIQUIS- RAPORUN AÇIKLAMA KISMINDA BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>• NEXETIN-RAPORSUZ İLAÇTA UYARI KODU AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>• LIPANTHYL 267 M KP.(TG SONUCU UYGUN DEĞİL.)</li><li>• EXTRAIR 12 MCG-400 MCG INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60+60 KAPSUL(LABA+IKS)(HASTA KOMBİNASYON TEDAVİ ALIYOR VE RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• LIPANTHYL ; EK HASTALIĞI BULUNMADIĞINDAN VE TRG DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• EXTRAIR; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>• CLONEX 25 MG.50 TABLET(Rapor dozuna düzeltildi.)</li><li>• WARFMADIN 5 MG TABLET (28 TABLET)(Rapor dozuna düzeltildi.)</li><li>• CLOGAN 75 MG 28 FTB(Rapor uygun değil (SUT 4.2.15.A-(3)))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• CLONEX 25 MG; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• WARFMADIN-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• CLOGAN-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>• EXTRAIR 12 MCG-400 MCG INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60+60 KAPSUL(LABA+IKS)(RAPORDAKİ DOZU=1*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>• NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML.(RAPORDAKİ DOZU=2*30 IU/ ML)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>• RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML(300 KCAL)(raporda mamanın tam adı yazmıyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>

10	<ul style="list-style-type: none"><li>• DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL(RAPORDA OLMAYAN 275 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIS.)</li><li>• VENTOLIN INHALER 200 DOZ (SABA)(GUNCEL RAPORA ISTINADEN RECETE DOZU DUZELTILDI.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• DETRUSITOL-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• VENTOLIN INHALER; 15/04/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>• IRDAPIN PLUS 150/10/12,5 MG 28 FILM TABLET(monoterapi ile kan basıncı yeterli oranda kontrol altına alınamayan hastalarda odendir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• İLAÇLA İLGİLİ 09/07/2021 TARİHLİ RAPORDA AÇIKLAMA EKSİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>• LIPITOR 10 MG.30 FILM TB.(raporda 2 ldl sonucu olması gerekiyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 11/07/2024 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
13	<ul style="list-style-type: none"><li>• LEVOTIRON 50 MCG 50 TABLET(RAPORDAKI ILAC DOZUNA ISTINADEN RECETE DOZU DUZELTILDI.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• LEVOTIRON; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>• VERXANT 150 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM(hasta ilaca yeni başlamış ve rapor devam raporu olarak çıkmış.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>• ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(raporda sutta istenen bilgiler eksik.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
16	<ul style="list-style-type: none"><li>• ALVITA INSULIN KALEM İGNESİ 4MMX32G(İnsülin kullanım dozuna düşürüldü.)</li><li>• CITO VIR 450 MG FILM TABLET (60 TABLET)(Tedaviye ilacın prospektüsünde belirtilen dönemde (... solid organ nakli almış hastalarda önerilen doz transplantasyondan sonraki 10 gün içinde başlayıp) başlanmamış.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ALVITA INSULIN ; İNSÜLİN KULLANIM DOZUNA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE</li><li>• CITO VIR; NAKİLDEN 10 İÇİNDE TEDAVİYE BAŞLANMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1ADET)(sistemde en az 24 hafta süreyle antihistaminik kullanımına rastlanmamıştır)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Rapordaki açıklamalara göre ödenmesine.</li></ul>

18	<ul style="list-style-type: none"><li>LIV-GAMMA SN 5 G/100 ML IV INFUZYONLUK COZELTI(5 GR)(Rapor ICD-10 kodu G61.8 olmalıdır. Hasta ilaç geçmişinde 6 ay süreli kortikosteroid veya immunsupresif görülememiştir. steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon varsa raporda detaylandırılmalıdır gerekçesiyle iade yapılmış olup ICD-10 kesikliği tamamlanmıştır. Ancak steroid tedavisi ile ilgili bölüm tamamlanmamıştır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LIV-GAMMA;İADE SONRASINDA TANI KODU EKLENMİŞTİR.STEROİD İLE İLGİLİ RAPORDA AÇIKLAMA YER ALDIĞINDAN ÖDENMESİNE</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>SECITA 15 MG 28 FILM TABLET (SSRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 MG LIK FOR İLR RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTIRAZIN REDDİNE.</li></ul>
20	<ul style="list-style-type: none"><li>MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP(275 - Oral Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalar uyarı kodu ile verilmiş. hastanın oral oksibutin kullanmadığı görülüyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
21	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE JUNIOR FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML (286 KCAL)(02/06/2022 tarihli ikinci beslenme raporu (2. raporu ust ihtisaslı hekimin çıkardığı) suresi 12/22 de suresi dolunca 2021 tarihli ilk rapordan çıkış yapılarak beslenme solusyonu verilmiş)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE; HER İKİ RAPORDA 03/09/2022 TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCEKİ RAPOR OLDUĞUNDAN VE İLK RAPORUN SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
22	<ul style="list-style-type: none"><li>TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(raporda EN AZ 3 AY SÜREYLE IKS VE LABA VEYA LAMA LABA İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN yazılı ancak hastaya böyle bir tedavi uygulanmadan trelegy tedavisine başlanmış)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TEDAVİYE 17/10/2022 TARİHİNDE BAŞLAMIŞTIR.RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>HEPAZEC 550 MG 56 FILM TABLET(raporda uygun teşhis yok.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
24	<ul style="list-style-type: none"><li>PRALAS 100 MCG/ 20 MCG INH ICIN OLCULU DOZ AEROSOL (SABA+SAMA)(rapordaki doza göre düzeltildi.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PRALAS; 16/05/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET(IKS+LABA+LAMA)(Rapor uygun değil (SUT 4.2.24.B - (2)))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li></li></ul>

26	<ul style="list-style-type: none"><li>BENVİDA 100 MG 56 FTB(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞI TAM OLARAK BELİRTİLMİYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET)(Hastaya 08.01.2024 tarihinde daha önceki 24 haftalıktan sonra nüks geliştiği için yeniden 24 hafta xolair kullanması için 6 aylık rapor çıkartılmıştır. Hasta bu reçeteden önce 24 haftalık tedaviyi almış ve 08.01.2024 tarihinde çıkan 24 haftalık nüks raporuda bu reçeteden önce bitmiştir. Bu reçetede ki Xolair 24 haftalık tedaviyi aştığı için ödenmez.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>XOLAİR ; REÇETEYLE İLİŞKİLİ GEÇERLİ OLAN TEK RAPORDA NÜKS DURUMU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
28	<ul style="list-style-type: none"><li>RYZODEG PENFİLL 100 U/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KARTUS (5 KARTUS)(raporda sutta istenen açıklama yok.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
29	<ul style="list-style-type: none"><li>İPRAVENT 20/100 MCG İNH İCİN AEROSOL 200 DOZ (SABA+SAMA)(rapordaki doza göre düzeltildi.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
30	<ul style="list-style-type: none"><li>ALATAB 600 MG 30 FTB(raporda periferal olduğu yazmıyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
31	<ul style="list-style-type: none"><li>TANSİFA 16/5 MG 28 FİLM TABLET(Rapor uygun değil (SUT EK-4/F Madde 51.))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
32	<ul style="list-style-type: none"><li>CİMZİA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZİR 2 ENJEKTOR (ANTİ TNF)(indometazin kullanımına rastlanmamıştır)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
33	<ul style="list-style-type: none"><li>AFİNİTOR 5 MG 30 TB(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK. SAĞLIK BAK.END.DİŞİ İZİN BELGESİ DE MEVCUT OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILDI.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>AFİNİTOR;ENDİKASYON DİŞİ İZİN BELGESİ TC KİMLİK NUMARASINA KAYITLI OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE</li></ul>
34	<ul style="list-style-type: none"><li>VENTOLİN İNHALER 200 DOZ (SABA)(rapor dozu 4*1)</li><li>DESAL 40 MG 50 TB(rapor dozu 1*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VENTOLİN; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>DESAL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>

35	<ul style="list-style-type: none"><li>ELOCTA 1500 IU IV ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK ICIN TOZ VE COZUCU(Kanama raporu olup 3 günlük geçerlidir. İlaç alım tarihi rapordan 1 gün sonradır. 2. Ve 3. gün dozları ödendi)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İLK YÜKLEME DOZU HASTANE TARAFINDA UYGULANMADIĞINDAN,İLACI ALDIĞI GÜN YÜKLEME DOZU BAŞLANDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
36	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPITOR 20 MG 90 TABLET(rapor öncesi son 6 ay içinde YAPILMIS LDL DEGERI ILE ODENIR.ESKI LDL DEGERI ILE ODENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPITOR;EKLENEN SONUÇ İLE İLGİLİ BELGE GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
37	<ul style="list-style-type: none"><li>HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde başlangıca göre en az 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir.)</li><li>REMSIMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLK (ANTI TNF)(Tedavinin 4 üncü ayında tedaviye cevap alınamaması (Crohn Hastalık Aktivite İndeksi'nde başlangıca göre en az 70 puanlık düşüşün olmaması) durumunda tedavi kesilir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>HUMIRA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>REMSIMA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
38	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPANTHYL 267 M KP.(RAPORDA TRİGLİSERİD DEĞERİ VE ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TAHLİL BELGESİ GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
39	<ul style="list-style-type: none"><li>EZETROL 10 MG.28 TABLET(Rapor uygun değil)</li><li>INSPRA 25 MG 30 FTB(Rapor uygun değil (SUT EK-4/F 58. Madde))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>EZETROL ; RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>INSPRA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
40	<ul style="list-style-type: none"><li>GLINIUM 50 MCG INHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA)(SUT MADDE 4.2.24)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>GLINIUM-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
41	<ul style="list-style-type: none"><li>HEPAGARD 0,5 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(hastanın İmmünsupresif ilaç tedavisi sonlandırılmış ve 1 yılı geçmiş.)</li><li>VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(02/2020 de hastanın ilaca geçişi sut a uygun değil.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>HEPAGARD ; HASTANEDE YATARAK RİTUKSİMAB TEDAVİSİ DEVAM ETTİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>VEMLIDY; Tenofovir disoproksil fumarat veya tenofovir alafenamid fumarat veya entekavir ile tedavi alan hastalarda birinci yılın sonunda halen HBV DNA düzeyinin pozitif olması durumunda bu antiviraller arasında geçiş yapılabileceğinden ödenmesine.</li></ul>

42	<ul style="list-style-type: none"><li>RIVOKSAR 20 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET)(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
43	<ul style="list-style-type: none"><li>IMMUTECT 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI (1 FLAKON)(10 GR)(En güncel rapor açıklamasında da belirtilen Akut İnflamatuvar Demiyelinizan Polinöropati endikasyonu yoktur)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
44	<ul style="list-style-type: none"><li>APTAMIL PREGOMIN SYNEO 400 G (1896 KCAL)(2 yaş üstü çocuklarda inek sütü alerjisi teşhisinde ödenmez. (Hatalı ICD kodu seçilmiş))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>APTAMIL PREGOMIN; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
45	<ul style="list-style-type: none"><li>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
46	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE DIABET CILEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI EKSİK,GENELLEME ŞEKLİNDE.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE ; BOY VE KİLOYA GÖRE VKİ 23,43 TÜR. BESİN ALINMDAKİ AZALMAYLA İLGİLİ EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
47	<ul style="list-style-type: none"><li>INSPIRA 25 MG 30 FTB(Rapor uygun değil (SUT EK-4/F 58. Madde))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
48	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(raporda ENTERAL BESLENME SOL 2X1/GÜN, EBAUND 2X1 /GÜN/TÜM AROMALAR yazılı fortimel energy verilmiş)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
49	<ul style="list-style-type: none"><li>VIRATIT 1 MG 30 FILM TABLET(TEDAVIYE 0,5MG İLE BAŞLANIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VIRATIT 1 MG; Erişkin hastalarda oral antiviral tedaviye; günde 100 mg lamivudin, 600 mg telbivudin, 245 mg tenofovir disoproksil fumarat, 0,5 mg entekavir ile başlanabileceğinden itirazın reddine.</li></ul>
50	<ul style="list-style-type: none"><li>BENVIDA 100 MG 56 FTB(Rapor uygun değil (SUT 4.2.25 -(4)))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
51	<ul style="list-style-type: none"><li>TREVICTA 525 MG I.M. ENJEKSİYON ICIN UZUN SALIMLI SUSPANSİYON ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(Aralıksız en az 4 ay süreyle paliperidonun 1 aylık depo parenteral formunun kullanımı sonrası klinik olarak stabil olan hastalarda kullanılır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TREVICTA- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

52	<ul style="list-style-type: none"><li>JANUMET 50/850 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMIN)(Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda reçete edilebilir.)</li><li>TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(En az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) veya en az 3 ay süreyle, uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ve uzun etkili antikolinerjikler (LAMA) ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-ağır Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) olan hastada ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>JANUMET- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>TRELEGY ELLIPTA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
----	--	---

