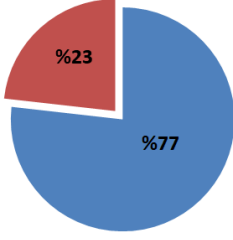


12.İTİRAZ KOMİSYONU

1. ÖDENEN DOSYA SAYISI 2. ÖDENMEYEN DOSYA SAYISI

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=56

ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
13

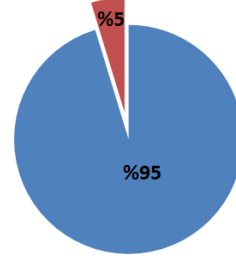


ÖDENEN DOSYA
SAYISI
43

12.İTİRAZ KOMİSYONU

1. ÖDENEN TUTAR 2. ÖDENMEYEN TUTAR

ÖDENMEYEN
TUTAR
80 592.88 ₺



ÖDENEN
TUTAR
1 627 164.64 ₺

04.04.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">BENVIDA 50 MG 14 FTB(RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">LAMICTAL DC 50 MG.30 CIG.TB.(RAPORDA UYGUN ENDİKASYON BULUNMUYOR.)	<ul style="list-style-type: none">LAMICTAL- RAPORDA DİRENÇLİ ÜNİPOLAR REKÜRREN DEPRESYON TANISI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(RAPORDAKİ TANIYA UYGUN SUTTA İSTENEN BİLGİLER, RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">HUMIRA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">THINCAL 120 MG 84 KAP(HASTANIN AYNI KURUM TARAFINDAN DÜZENLENMİŞ İLK RAPORUNDA VKİ;43.35İKEN YENİLENEN RAPORUNDA VKİ ;45.9 OLMUŞ. HASTANIN HER ALDIĞI REÇETEYE BİR ÖNCEKİNE GÖRE KAYBETTİĞİ KİLOSU YAZILMASI İSTENMEKTEDİR.VKİ NİN ARTMASI TEDAVİNİN DEVAMIYLA İLGİLİ ŞARTI DOĞRULAMADIĞINDAN BEDELİ ÖÇDENMEDİ.)	<ul style="list-style-type: none">THINCAL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">TELMODIP PLUS 80 MG / 5 MG / 12,5 MG TABLET (30 TABLET)(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">EZETEC PLUS 10 MG/40 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(SUT MADDE 4.2.28.C (1) KOŞULLARINI SAĞLAMİYOR.)	<ul style="list-style-type: none">EZETEC PLUS ; RAPORDA İLAÇLA İLGİLİ UYGUN LDL DEĞERİ VE AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

7	<ul style="list-style-type: none">• IBANOS 3 MG/3 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI(KMY ÖLÇÜM TARİHİ BELLİ DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">• IPRAVENT 20/100 MCG INH ICIN AEROSOL 200 DOZ (SABA+SAMA)(RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ.)• CRESTOR 20 MG.28 TABLET(HASTA İLACA ARA VERMİŞ VE YENİ LDL SONUCU YOK	<ul style="list-style-type: none">• IPRAVENT ; RAPOR YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• CRESTOR; TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">• NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(REÇETE 05/08/2021 TARİHLİ NUTRISON MULTI FIBER VE RESOURCE GLUTAMİN YAZILI RAPORLA İLİŞKİLENDİRİLMİŞ 09/10/2023 TARİHLİ MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN RAPORDA BESLENME SOLUSYONUN ADI VAR ANCAK SİSTEM8699745010577 BARKODLU İLACIN AYAKTAN RAPORLU ÖDENMESİ İÇİN GEREKLİ ŞARTLAR SAĞLANAMIYOR. UYARISI VERİYOR)	<ul style="list-style-type: none">• NUTRISON ADVANCED -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">• VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA DEVAM KRİTERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• VEMLIDY; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">• PERFOSE 800 MG 180 FTB(RAPORDA CA DEĞERİ YOK.REÇETEDE P DEĞERİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• PERFOSE -RAPORDA KT/V DEĞERİ İLE UYGUN PTH DEĞERİ VE E-REÇETEDE P:5.3 - 04/10/2022 OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">• PLAVIX 75 MG 28 FTB(RAPORDA HASTANIN HANGİ DURUMUNUN OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.TIKAYICI PERİFERİK ARTER HASTALIĞI VEYA İSKEMİK İNME)	<ul style="list-style-type: none">• PLAVIX - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">• IMURAN 50 MG FILM KAPLI TABLET(HUMIRA MONOTERAPİSİ VE HUMIRA/METOTREKSAT KOMBİNASYON TEDAVİSİ ŞEKLİNDE ENDİKE OLUP AZATİYOPRİN KESİLDİ (CROHN HASTALARINDA HUMIRA VE AZATİYOPRİN/6-MERKAPTOPURİN KOMBİNASYONUNDA DAHA YÜKSEK MALİGNİTE OLASILIĞI VE CİDDİ ENFEKSİYONA BAĞLI YAN ETKİ UYARISI MEVCUT)	<ul style="list-style-type: none">• IMURAN ; BİRLİKTE KULLANIM İÇİN KONTRENDİKE DURUM OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.

15	<ul style="list-style-type: none">• COPELLOR 80 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (3 KALEM) (BIYOLOJİK AJAN)(BAŞLANGIÇ-1 OLARAK DÜZELTİLDİ)	<ul style="list-style-type: none">• COPELLOR ; İLK 4 HAFTALIK DOZU 26/01/2024 TARİHİNDE 1*3/4 HAFTA OLARAK ALDIĞINDAN BAŞLANGIÇ-2 OLARAK ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">• EZETEC PLUS 10 MG/40 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(STATİN TEDAVİSİNE ARA VERİLMİŞ.YENİ LDL DEĞERİ YOK.)• SULINEX 75 MG XR 28 TB (SNRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)• BONVIVA 3MG/3ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (1 ADET)(KMY ÖLÇÜMÜ-TARİHİ UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• EZETEC; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.• SULINEX 75 ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• BONVIVA; KMY TARİHİ 01/11/2023 OLARAK GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">• FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CILEK AROMALI(200 KCAL)(MAMA ADI VE MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• FORTINI 1,0 MULTI ; 12/12/2023 TARİHLİ İDAME RAPORUNU İLGİLİ UZMAN HEKİMLER DÜZENLEMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">• LIPOFEN SR 250 MG.30 KAPSUL(RAPORDA TRİGLİSERİD DEĞERİ VE ÖLÇÜM TARİHİ YOK.RAPR ÖNCESİ RAPOR VE İLAÇ GEÇMİŞİ YOK.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)• PRATİN 2 MG 30 FILM KAPLI TABLET(TEK ÖLÇÜM VE EK FAKTÖRLER OLMADAN ÖDENMEZ.)• SULINEX 150 MG XR 28 TB (SNRI)(RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.AYNI ECZANE TARAFINDAN AYNI RAPORLA 225 VE 75 MG LİK FORMLARI DA KARŞILANMIŞ.)• XARELTO 15 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">• LIPOFEN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• PRATİN ; SONRADAN EKLENEN TANI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• SULINEX 150 MG ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• XARELTO; RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">• OXEPA 500 ML.(750 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">• LIPANTHYL 267 M KP.(İDAME TED. DEĞİL. TRİG. DEGERİ TUT.)	<ul style="list-style-type: none">• İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN VE RAPORDAKİ GÜNCEL TRG DEĞERİ 200 ÜZERİNDE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
21	<ul style="list-style-type: none">• VIDAPTİN 50 MG 56 TABLET(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• VIDAPTİN; RAPORUN AÇIKLAMA KISMINDAKİ DOZA GÖRE ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none">• CRESTOR 10 MG.28 TABLET(RAPORDAKİ YENİ TARİHLİ LDL UYGUN DEĞİL.6 AYDAN FAZLA ARAR VERMİŞ.BEDELİ ÖDENMEDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

23	<ul style="list-style-type: none">OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI(10 GR)(27.10.2023 İTİBARIYLA GEÇERLİ SUT KURALI GEREĞİ BU TEŞHİSTE SAĞLIK KURUL RAPORU GEREKMEKTE OLUP ACİL DURUMLARDA İLGİLİ UZMAN HEKİM RAPORU İLE KULLANILABİLECEKTİR. HASTA DÜZENLİ OLARAK IVIG ALAN İDAME HASTASI OLDUĞUNDAN SAĞLIK KURUL RAPORU İLE ÖDENEİLİR)	<ul style="list-style-type: none">27/02/2024 TARİHLİ RAPOR DÜZENLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">WILENTIN SERT KAPSUL 250 MG/100 KAPSUL-(HASTANIN 21/06/2023 TARİHLİ RAPORU OLMASINA RAĞMEN 18/10/2021 TARİHLİ RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILMIŞ BU RAPORLA EN SON 13/10/2022 DE İLAÇ ALINMIŞ REÇETE HASTANIN SON RAPORU İLE İLİŞKİLENDİRİLDİĞİNDE SİSTEM 8680885515114 BARKODLU İLACIN AYAKTAN RAPORLU ÖDENMESİ İÇİN GEREKLİ ŞARTLAR SAĞLANAMIYOR. SEBEP(LER)İ ; UYARISINI VERDİĞİ İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	<ul style="list-style-type: none">WILENTIN ; 19/10/2021 TARİHLİ RAPORUN SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">ZARZIO 30 MU/0.5 MLENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (5 ENJEKTOR)(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none">ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET(BİYOLOJİK AJANLAR GRUBUNDA ONAYLANMIŞ AJANLARDAN ABATASEPT VE DENOSUMAB BİRLİKTE KULLANILMIŞ.AYNI HASTA İÇİN İKİ FARKLI TEŞHİS İLE İKİ FARKLI ANTI-TNF VE/VEYA İKİ FARKLI BİYOLOJİK AJANIN BİRLİKTE KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANMAZ.(MADDE 4.2.1.C-1/6))	<ul style="list-style-type: none">DENOSUMAB, SUT UN 4.2.1.C–BİYOLOJİK AJANLARDAN ANTI-TNF İLAÇLAR, RİTUKSİMAB, ABATASEPT, USTEKİNUMAB, TOFACİTİNİB, KANAKİNUMAB, TOSİLİZUMAB , SEKUKİNUMAB, İKSEKİZUMAB , BARİSİTİNİB , GUSELKUMAB, RİSANKİZUMAB , UPADASİTİNİB, APREMİLAST VE VEDOLİZUMAB. MADDESİNDE BELİRTİLEN AJANLARDAN OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none">TİOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

28	<ul style="list-style-type: none">FEMARIS PLUS 150 MG/5600 IU FILM KAPLI TABLET(3 FILM TABLET)(RAPORDAKİ KMY SONUCU UYGUN DEĞİL.)LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">FEMARIS PLUS ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.LIXIANA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none">RYZODEG PENFILL 100 U/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS (5 KARTUS)(ANALOG KARIŞIM VEYA UZUN ETKİLİ İNSÜLİNLERDEN BİRİNİ KULLANMIŞ OLMASINA RAĞMEN KAN ŞEKERİ LABİL SEYREDEN VE/VEYA SIK HIPOGLİSEMİK OLAY GEÇİREN VE/VEYA HIPOGLİSEMİ RİSKİ YÜKSEK YA DA REGÜLASYON SAĞLANAMAYAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
30	<ul style="list-style-type: none">CRESTOR 10 MG.28 TABLET(İDAME TED. DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN VE GÜNCEL LDL DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
31	<ul style="list-style-type: none">PRADAXA 150 MG 60 SERT KAPSUL(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">10/01/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	<ul style="list-style-type: none">AIRTIDE 500 MCG/50 MCG INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60 KAP (LABA+İKS)(HASTA KOMBİNASYON TEDAVİ ALIYOR VE RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">AIRTIDE ; RAPORDA KOMBİNE TEDAVİ İLE İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.NOVORAPID FLEXPEN ; RAPORA GÖRE 1*30 Ü DOZUNDA DÜZELTİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.
33	<ul style="list-style-type: none">PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(5 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İÇİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (<-2SD),İSE BEDELİ ÖDENİR RAPOR SUTTAKI MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMADIĞI İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL)(5 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İÇİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (<-2SD), BEDELİ ÖDENİR)	<ul style="list-style-type: none">PEDIASURE PLUS FIBER-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.PEDIASURE PLUS FIBER; RAPORDA YASINA GÖRE BOY VE KILO GELİŞİMİ <-2 SDS ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
34	<ul style="list-style-type: none">PRADAXA 150 MG 60 SERT KAPSUL(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">10/01/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

35	<ul style="list-style-type: none">ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN HASTALARDA ODENİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
36	<ul style="list-style-type: none">HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(IDAME TEDAVİ.HASTA İLACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
37	<ul style="list-style-type: none">EMFER 100 MG/5ML ENJ VE INF İCİN KONS COZ İCEREN 5 AMP(RAPORDAKİ DOZ HAFTADA 3*1,REÇETEDE VERİLEN HAFTADA 3*2)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
38	<ul style="list-style-type: none">EFFIENT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDENME ŞARTIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMİYOR.)ULTROX 10 MG 28 FILM TABLET(İLGİLİ RAPORDA YZILAN LDL DEĞERLERİNE AİT OLAN RAPORUN BİTİŞ TARİHİNDEN SONRA 6 AYDAN FAZLA SÜRE İLACA ARA VERİLMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">EFFIENT-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.ULTROX SON 6 AY İÇİNDE YAPILMIŞ UYGUN 2 LDL DEĞERİ RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
39	<ul style="list-style-type: none">ANDAZOL 200 MG 40 FILM KAPLI TABLET(BAĞIRSAK PARAZITI TANISINDA 40 TABLETLİK FORM VERİLMEZ AİLE TEDAVİSİ TEK KİŞİNİN USTUNE YAZILMAZ)ENOX 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ.(GEBELİK TANISINDA HEPARİNLERİN MUAFİYETİ YOKTUR)	<ul style="list-style-type: none">ANDAZOL ; İADE EDİLMESİNE.ENOX ;GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
40	<ul style="list-style-type: none">COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET(SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR HMG COA REDÜKTAZ İNHİBİTÖRÜ İLACI MEVCUT OLUP AYNI ECZANE TARAFINDAN FATURA EDİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">COLASTIN; 16/01/2024 TARİHİNDE COLASTİN RAPORU VE REÇETESİ YAZILMASINA RAĞMEN 24/01/2024 TARİHİNDE PRATİN REÇETE EDİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
41	<ul style="list-style-type: none">SUTENT 37,5 MG 28 KAPSULRAPORDA PATOLOJİ TARİHİ YOK.)EUTHYROX 150 MCG.50 TABLET(RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.1X1 DOZ İLE HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.)	<ul style="list-style-type: none">SUTENT -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.EUTHYROX -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
42	<ul style="list-style-type: none">LATIXA 375 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)NERUDA 600 MG 50 FTB(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">LATIXA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.NERUDA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

43	<ul style="list-style-type: none">• VEGABON PLUS D 5600 IU 4 TB(HASTAYA AİT KMY SONUCU RAPORDA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• VEGABON PLUS; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
44	<ul style="list-style-type: none">• ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB.(RAPORDAKİ TEŞHİSLE ÖDENMEZ)	<ul style="list-style-type: none">• ARIMIDEX; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

