

04.08.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">ABOUT PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(01/2022 TARİHLİ RAPORDA GLUTAMİN PLUS NÖTRAL VE SUPPORTAN DRINK SOL YAZILI ANCAK ABOUT PORTAKAL VE NUTRIVIGOR VANILYA VERİLMİŞ)NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(01/2022 TARİHLİ RAPORDA GLUTAMİN PLUS NÖTRAL VE SUPPORTAN DRINK SOL YAZILI ANCAK ABOUT PORTAKAL VE NUTRIVIGOR VANILYA VERİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">20/01/2022 TARİHLİ RAPORU OLDUĞUNDAN VE 24/01/2022 TARİHLİ RAPORDAKİ MAMALAR ALINMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
2	THINCAL 120 MG 84 KAP(SUT'A GÖRE SADECE DİYETLE EN AZ 2,5 KG'LIK KİLO KAYBI OLAN HASTALARDA ÖDENİR.)	THINCAL- BAŞLANGIÇTA SADECE DİYETLE KİLO KAYBI OLDUĞU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
3	DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET (RAPOR DOZU 1*1)	DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">LIPITOR 20 MG.30 TB.(IDAME TED.DEĞİL.8.2020 DEN SONRA İLAÇ ALMAMIŞ.)EUTHYROX 50 MCG.50 TABLET (RAP.1*1 HASTA 100 MCG DEN İLACINI ALMIŞ.)	<ul style="list-style-type: none">LIPITOR 20 MG.30 TB; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNEEUTHYROX 50 MCG.50 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI)(6 AYDAN UZUN SÜRE KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE VEYA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENEN UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.)	DULOXX 30 MG 28 KAP; DULOXX-6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN TEDAVİDE RAPORDA VEYA REÇETEDe PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
6	PAXIL 20 MG - RAPORDAKİ DOZ 1*1 ANCAK 2*1 OLARAK REÇETELENMİŞ)	PAXIL 20 MG ; 18/01/2021 TARİHLİ RAPORDA 1*1 , 23/09/2021 TARİHLİ RAPORDA 2*1 VE EN SON 18/03/2022 TARİHLİ RAPORDA 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	SUPPORTAN DRINK TROPİKAL AROMALI 200 ML(300 KCAL)(25/11/2021 TARİHLİ RAPORINDA GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI1000KCAL 20/12/2021 TARİHLİ RAPORDA 1500KCAL OLARAK BELİRTİLMİŞ HASTA HERİKİ RAPORA İSTİNADEN TOPLAMDA 1880KCAL BESLENME SOLÜSYONU ALMIŞ BU NEDENLE GÜNLÜK 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR)	SUPPORTAN DRINK TROPİKAL AROMALI 200 ML; DİĞER MAMALARLA BİRLİKTE SON RAPORDAKİ GÜNLÜK 1500 KCAL DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">SPRYCEL 50 MG 60 FTB (RAPORDA KRONİK MYELOİD LSEMİ (KRONİK FAZ,PH-) OLARAK BELİRTİLMİŞ OYSA PHİLADELPHİA KROMOZOMU POZİTİF KRONİK EVRE KRONİK MİYELOİD LÖSEMİ TANILI YETİŞKİN HASTALARIN TEDAVİSİNDE BEDELİ ÖDENİR)DEVIT-3 DAMLA(GERİYE DÖNÜK İLAÇ BİLGİSİ DEĞİŞİKLİĞİ NEDENİYLE OLUŞAN KESİNTİ.)PLAVIX 75 MG 28 FTB (SEREBRAL ATEROSİKLEROZ-VAKULER BUNAMA-GERİLİM TIPI BAŞAĞRISINDA BEDELİ	<ul style="list-style-type: none">SPRYCEL 50 MG 60 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.DEVIT-3 DAMLA;TANI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.TOUJEO 300 U/ML;UYGUN KOMBİNE İLE VERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNEAYSETFINE INSULİN KALEM İGNESİ 32G;İNSÜLİN KULLANIMINA GÖR E İTİRAZIN REDDİNE.REVOLADE 25 MG 14 FTB; TAMAMI İNCELENSİN ÖNCESİ KESİNTİ TEKRAR

	<p>ÖDENMEZ)</p> <ul style="list-style-type: none"> TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKSİYON KALEMİ(UZUN ETKİLİ İNSÜLİN KULLANDIĞI HALDE GECE HİPOGLİSEMİ RİSKİ YÜKSEK OLAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR HASTA HIZLI ETKİLİ INSULİN KULLANIYOR) (NOVO-RAPİD FLEXPEN) AYSETFINE INSULİN KALEM İGNE Sİ 32G (0,23X4MM)(HASTA GÜNDE BİR DEFA INSULİN GLARJİN KULLANIYOR İGNE UCU 4*1 OLARAK REÇETELENMİŞ RAPORDA DA İGNE UCU 1*1 OLARAK BELİRTİLMİŞ) REVOLADE 25 MG 14 FTB (TROMBOSİT SAYISININ>150.000/MİKROLİTRE İLA 250.000/MİKROLİTREDEN KUÇUK VEYA EŞİT OLMASI DURUMUNDA GÜNDE BİR KEZ 25 MG ELTROMBOPAG KULLANAN HASTALARDA DOZ AZALTIMI İÇİN GÜNDE BİR KEZ12,5 MG DOZU YA DA ALTERNATİF OLARAK GÜNAŞIRI 25 MG DOZU KULLANILABİLİR.HASTANIN PLT DEĞERİ 213 000 OLDUĞU İÇİN GÜNAŞIRI 25MG KULLANILMALIDIR ÖRNEKLEME LİSTESİNDE) 	DEĞERLENDİRİLMEDİ.
9	<ul style="list-style-type: none"> DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI) (6 AYDAN UZUN SÜREDİR KULLANIYOR REÇETE VEYA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI YOK) DIAMICRON MR 60 MG 60 TABLET (RAPOR DOZU 1*1) 	<ul style="list-style-type: none"> DULOXX; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN TEDAVİDE RAPORDA VEYA REÇETEDEN PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. DIAMICRON; GÜNCEL RAPORDA DOZ AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	EPOBEL 4000 IU/0,4 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE (REÇETEYE GÖRE DOZ AYARLANDI)	EPOBEL 4000; E-REÇETEDEN YÜKLEME DOZUNA GÖRE 69 KG*150 Ü 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
11	<ul style="list-style-type: none"> FORPACK 12/400 MCG DISCAIR İNHALASYON İCİN TOZ (60 DOZ) (LABA+İKS)(KOMBİNASYON TEDAVİ, RAPORDA AÇIKLAMA YOK VE RAPOR DOZU 1) BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> FORPACK ; KOMBİNE TEDAVİ İLE İLGİLİ AÇIKLAMA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE BENEDAY ; İLGİLİ RAPORDA REÇETE UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
12	CASODEX 150 MG.28 FİLM TABLET (ZOLEDRONİK ASİT RAPORUNDA METASTATİK(KEMİK) PROSTAT CA (CASODEX 150'LİK DEĞİL 50'LİK LHRH ANALOGLARI İLE KOMBİNE OLARAK ENDİKEDİR.) 21.01 - İLACİN ENDİKASYONU, MAKSİMUM DOZU İCİN İLACA VE SAHSA SB TARAFINDAN VERİLEN RAPOR İLE GİRİLMİŞ ANCAK SİSTEMDE KAYITLI BELGE YOK)	CASODEX 150 MG.28 FİLM TABLET; HASTANIN PATOLOJİ RAPORUNA GÖRE HASTALIKTA METASTAZ OLDUĞUNDAN VE 150 MG LİK FORMU VERİLEMEMEYECİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
13	INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL)(HASTA 18 AYI GEÇMİŞTİR.)	INFATRİNİ; HASTANIN 11/03/2022 TARİHLİ RAPORDA 10 KG OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE YAŞI 18 AYI GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
14	FLEXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (5 KALEM)(ANALOG KARIŞIM VEYA UZUN ETKİLİ İNSÜLİNLERDEN BİRİNİ KULLANMIŞ OLMASINA RAĞMEN REGÜLASYON SAĞLANAMAYAN HASTALARDA KULLANIMINDA BEDELİ ÖDENİR BU HASTAYA HIZLI ETKİLİ INSULİN KULLANILMIŞ VE	FLEXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM;RYZODEG KULLANIMINDAN ÖNCE KUMULİN,APİDRA VE LANTUS KULLANIMI OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.

	DAHA SONRA RYZODEG FLEXTOUCH BAŞLANMIŞ)	
15	CRESTOR 20 MG.28 TABLET (LDL ÖLÇÜMÜ SON 6 AY İÇERİSİNDE OLMALIDIR.)	CRESTOR 20 MG.28 TABLET; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
16	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN(BİR ÖNCEKİ REÇETE DOZU RAPOR DOZUNDAN FAZLA GİRİLDİĞİ İÇİN HASTA İLACINI ERKEN ALMIŞ)	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR; 20/04/2022 TARİHLİ GÜNCEL RAPORDA DOZ 1*30 Ü OLUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
17	LEVOTIRON 100 MCG 50 TABLET (RAPOR DOZU 1*1)	LEVOTIRON 100 MCG 50 TABLET ;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
18	<ul style="list-style-type: none"> CRESTOR 10 MG.28 TABLET (LDL DEĞERİ RAPORDA YOK) JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET(DAHA SONRA ÇIKAN RAPORDA İLAÇ DEĞİŞTİRİLMİŞ.MAX. DOZU AŞIYOR) CRESTOR 10 MG.28 TABLET (TAHLİLLER ARASINDA EN AZ 1 HAFTA OLMALIYDI)	<ul style="list-style-type: none"> CRESTOR ; YENİLENEN RAPORDA LDL DEĞERİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. JARDIANCE; 28/09/2021 TARİHİNDE EMPAGLIFLOZİN+METFORMİN RAPORU ÇIKTIĞINDAN VE BİRLİKTE VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. CRESTOR; LDL ÖLÇÜM TARİHLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
19	ATOR 10 MG.30 TB.(RAPORDA STATİN BAŞLANGIÇ KOŞULLARI YER ALMIYOR.)	ATOR 10 MG.30 TB; RAPORA SONRA EKLENEN DİYABET TANISI İLE İLGİLİ TAHLİL SONUÇLARI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
20	KENTERA 3,9 MG/24 SAAT TRANSDERMAL FLASTER (8 FLASTER)(RAPORDA ORAL OKSİBUTİNDEN YANIT ALINAMADIĞI YAZMIYOR.)	KENTERA 3,9 MG/24 SAAT TRANSDERMAL FLASTER; RAPORDA ORAL OKSİBUTİNDEN YANIT ALINAMADIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
21	RESOURCE 2.0 FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML (380 KCAL)(RAPORDA RESOURCE PROTEİN 4*1 KANSERE BAĞLA KİLO KAYBI YAZILI ANCAK RESOURCE 2,0FIBRE VANILYA OLARAK VERİLMİŞ)	RESOURCE 2.0 FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"> OCTAGAM 5 G/100 ML IV INFUZYONLUK COZELTI(BULBER TUTULUMU OLAN MYASTENİA GRAVİS TEDAVİSİNDE UYGULANIR.) OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI (BULBER TUTULUMU OLAN MYASTENİA GRAVİS TEDAVİSİNDE UYGULANIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none"> VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LİYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON(RAPORDA HASTANIN PASİ DEĞERİ 0 OLARAK BELİRTİLMİŞ ANCAK PASİ DEĞERİ 0-72 ARASINDA BİR RAKAM OLACAKTIR.) FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CİLEK AROMALI(200 KCAL) (HASTANIN 2X1 FORTINI MULTI FIBRE KULLANMASI UYGUNDUR. 17/05/2022 14:33 RAPORDA YUKARIDAKI SOLUSYON YAZILI ANCAK FORTINI1,0 MULTIFIBER SOL VERİLMİŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
24	EVASİF 245 MG 30 FTB (İLACA BAŞALAMA DEĞERLERİ RAPORDA YOK.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	FEMARA 2.5 MG 30 FTB(ENDİKASYON UYUMU İÇİN HASTALIĞIN EVRESİNİN RAPORDA YAZMASI GEREKİR.)	FEMARA 2.5 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
26	THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)	THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

27	ALBUMAN 200 MG/ML 50 ML INF ICIN COZ ICEREN 1 FLK (RAPOR DOZUNA (2X100 MG) DÜZELTİLDİ)	ALBUMAN 200 MG/ML 50 ML INF ICIN COZ ICEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
28	RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
29	SOMAVERT 10 MG 30 FLK (SEÇİLEN RAPOR HASTANIN ESKİ RAPORUDUR. SON RAPORU DA UYGUN DEĞİLDİR.İDAME TEDAVİSİNDE YİNE IGF-1 KONTROLÜ YAPILARAK YAŞA UYGUN IGF-1 REFERANS ARALIĞI VE HASTANIN SONUÇ DEĞERİNİN BELİRTİLDİĞİ EN FAZLA 1 YIL SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORU DÜZENLENECEKTİR. TEDAVİ SIRASINDA IGF-1 ÖLÇÜMLERİNE GÖRE DOZUN AZALTIMASI GEREKTİĞİNDE YENİ BİR RAPOR DÜZENLENMESİNE GEREK BULUNMAMAKTADIR. İDAME TEDAVİSİ İÇİN DÜZENLENEN RAPORDA; BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ İÇİN DÜZENLENEN RAPORLARIN TARİH VE SAYISI DA BELİRTİLECEKTİR.)	SOMAVERT 10 MG 30 FLK;24/06/2020 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
30	<ul style="list-style-type: none"> HERCEPTIN 150 MG.FLAKON(HER-2 İMMÜNHİSTOKİMYA İLE +3 VEYA FISH/CISH/SISH (+) OLAN HASTALARDA, ERKEN EVRE MEME KANSERİ ENDİKASYONUNDA BEDELİ ÖDENİR HASTANIN RAPORUNDA CRB2 POZİTİFLİĞİ RAPORDA BELİRTİLMİŞ) THINCAL 120 MG 84 KAP (-REÇETELER BİRER AYLİK DÜZENLENECEKTİR ANCAK 2AYLIK DOZ VERİLMİŞ) HERCEPTIN 150 MG.FLAKON(HER-2 İMMÜNHİSTOKİMYA İLE +3 VEYA FISH/CISH/SISH (+) OLAN HASTALARDA, ERKEN EVRE MEME KANSERİ ENDİKASYONUNDA ÖDENİR CRB2 POZİTİFLİĞİ RAPORDA BELİRTİLMİL) 	<ul style="list-style-type: none"> HERCEPTIN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. HERCEPTIN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. THINCAL ; 28 GÜNLÜK PAKETLERDE SİSTEM 2 KUTU BEDELİ ÖDEMEKTEDİR. ANCAK E-REÇETEDE HASTANIN KİLOSU BİR ÖNCEKİ REÇETEYE GÖRE AYNI OLDUĞINDAN VE KİLO KAYBI SAĞLAMADIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
31	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON(RAPORDA DAHA ÖNCE KULLANDIĞI METOTREKSAT GİBİ KONVANSİYONEL TEDAVİLERİNE YANIT ALINMAMASI İBARESİ İLE VERXANT FLK BAŞLANMIŞ SİSTEMDE HASTANIN METOTREXAT KULLANIMI GÖRÜLMÜYOR 27/05/2022 TARİHİNDE METTREXAT KULLANIM RAPORU ÇIKARILMIŞ(VERXANT FLK KULLANIM RAPORUNDAN SONRA ÇIKARILMIŞ)	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON;RPPOR AÇIKLAMALARINA GÖRE ÖDENMESİNE
32	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (KKY(KONJESTİF KALP YETMEZLİĞİ)TANISI OLAN HASTALARIN ANEMİSİNDE KULLANILIR)	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET (RAPOR SUTA UYGUN DEĞİL.)	JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
34	IG-VENA N IV 50MG/ML 200 ML 1 FLK (AÇIKLAMAYA 'BU RAPOR İLACIN MERSİN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİNDE YATIŞ YAPILARAK ALINMASI KOŞULUYLA GEÇERLİDİR.' ŞERHİ DÜŞÜLMÜŞ OLUP YATAN HASTA DEĞİLDİR)	IG-VENA N IV 50MG/ML 200 ML 1 FLK;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
35	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON(HASTALIK AKTİVİTESİNİN KONTROL ALTINA ALINAMADIĞI (BİR AY ARAYLA YAPILMIŞ İKİ AYRI MUAYENEDE EN AZ ÜÇ HASSAS	VERXANT -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	EKLEM VE EN AZ ÜÇ ŞİŞ EKLEM OLMASI) AKTİF PSÖRİATİK ARTRİTLİ HASTALARDA BU DURUMLARIN SAĞLIK KURULU RAPORUNDA BELİRTİLEREK TEDAVİYE BAŞLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.)	
36	FLEBOGAMMA % 5 DIF 10 G/200 ML INF ICIN COZ ICEREN 1 FLK (DAHA ÖNCE CIDP TEDAVİSİ VAR. BAŞLANGIÇ DOZU VERİLMİŞ. İDAME DOZ MİKTARINA DÜZELTİLDİ. AYRICA RAPORDA TEDAVİYE YANIT DEĞERLENDİRMESİ YOK) (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE 3 HAFTADA BİR 0,4-1 G/KG TOTAL DOZ 1-2 GÜNDE UYGULANIR.)	FLEBOGAMMA % 5 DIF 10 G/200 ML INF ICIN COZ ICEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
37	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL)	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
38	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
39	<ul style="list-style-type: none">• AYSETFINE INSULİN KALEM İĞNESİ 31 G (0,25*6MM)(İLAÇ DOZUDUR)• XARELTO 20 MG 28 FTB (ORTA -CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYEL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">• AYSETFINE INSULİN KALEM İĞNESİ 31 G; İLGİLİ HASTANEDEN İNSÜLİN DOZU İLE İLGİLİ GÖRÜŞ ALINMIŞTIR. KULLANDIĞI İNSÜLİN (LANTUS) DOZUNA (1*40) GÜNDE 1*1 OLARAK ÖDENMİŞTİR. KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HA VALE EDİLMİŞTİR.• XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.