

04.11.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">• EFEXOR XR 75 MG.28 KAPSUL (SNRI) (RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ)• DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL)(6 AYI GEÇTİĞİNDEN VE RAPORU NÖROLOJİ UZMANI ÇIKARDIĞINDAN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ)• DYLOXIA 30 MG 28 KAP(6 AYI GEÇTİĞİNDEN VE RAPORU NÖROLOJİ UZMANI ÇIKARDIĞINDAN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ)• KEPPRA 100 MG/ML 300 ML ORAL COZ (PROSPEKTÜSTEKİ MAKSİMUM DOZ GİRİLDİ.)• NEOCATE JUNIOR VANILYA AROMALI 400 GR 1.(HASTA 2 YAŞINI GEÇMİŞ)• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET)(HASTANIN 16.HAFTADAKİ TEDAVİYE CEVAP DURUMU BELİRTİLMEMİŞ)• LIORESAL 10 MG.50 TB.(RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">• EFEXOR XR 75 MG.28 KAPSUL; NÖROLOJİ UZMANINCA DÜZENLENEN RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE• DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL; NÖROLOJİ UZMANINCA DÜZENLENEN RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE• DYLOXIA 30 MG 28 KAP; NÖROLOJİ UZMANINCA DÜZENLENEN RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE• KEPPRA 100 MG/ML 300 ML ORAL COZ; PROSPEKTÜSTEKİ MAKSİMUM DOZA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE• NEOCATE JUNIOR VANILYA AROMALI 400 GR; 1.HASTA 2 YAŞINI GEÇMİŞ OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.• LIORESAL 10 MG.50 TB; (RAPORDAKİ ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ) RAPOR TANISI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
2	ARANESP 60 MCG 4 KULL HAZİR ŞİRİNGA (KBY HASTALARININ HER REÇETEDEN GÜNCEL HEMOGLOBİN VE FERRİTİN DEĞERLERİ BELİRTİLMESİ GEREKİR 418 İLE VERİLMEYE UYGUN DEĞİL)	ARANESP 60 MCG 4 KULL HAZİR ŞİRİNGA ; SON ÜÇ AY İÇİNDE YAPILAN FERRİTİN TAHLİL SONUCU GÖNDERİLEMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	SAMSCA 15 MG 10 TABLET (ENDİKASYON DIŞI KULLANIM İZİNİ 11/03/2020 TARİHLİ 3 AYLIK İZİN VERİLMİŞ DEVAMI ŞARTA BAĞLI OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	SAMSCA ; ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ ŞARTLI VE SÜRELİ ÇIKTIĞINDAN UYGUN GÖRÜLMEMİŞ VE KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
4	LYRICA 75 MG 14 KAPSUL (ECZACININ NOLU DİLEKÇESİNE İSTİNADEN HASTADAN GERİ ALINAN İLAÇ KUTULARININ KESİNTİSİ)	ECZACININ DİLEKÇESİNE İSTİNADEN MANUEL KESİLECEKTİR. ÖDENMESİNE.

5	FLEBOGAMMA % 5 DIF 5 G/100 ML INF ICIN COZ ICEREN 1 FLK (RAPOR DOZUNA GÖRE İLK 2 AY SONRASI DEVAM DOZU 3 HAFTADA 45 G DIR. DOZ BUNA GÖRE DEĞİŞTİRİLDİĞİNDE OTOMATİKMAN OLUŞAN KESİNTİ. 1 AYLIK DOZDA ÖDENİR.)	FLEBOGAMMA % 5 DIF 5 G/100 ML INF ICIN COZ ICEREN 1 FLK; GELEN GÖRÜŞE GÖRE 45 G(9 KUTU) HESABIYLA, BİR AYLIK DOZ 18 KUTU OLARAK ÖDENMESİNE VE SİSTEMDE İLAÇ BİTİŞ TARİHİNİN DÜZELTİLMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none"> • ICATIN 30MG/3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (RAPORDA GEREKLI OLDUĞU ACİL DURUMLARDA KULLANILMASI GEREKTİĞİ BELİRTİLMİŞ ANCAK HER AY DÜZENLİ 8 KT ÇIKIŞI YAPILMIŞ BU NEDENLE BEDELİ ÖDENMEDİ) • TYSABRI 300 MG I.V. INFUZYON ICIN KONSANTRE COZELTI ICEREN 1 FLAKON (BETA İNTERFORONLAR, GLATİRAMER ASETAT, TERİFLUNOMİD VEYA DİMETİL FUMARAT TEDAVİLERİNDEN BİRİNİ VEYA BİRKAÇİNİ TOPLAMDA EN AZ BİR YIL SÜRE İLE KULLANMIŞ VE BU TEDAVİLERE YETERLİ YANIT VERMEYEN HASTALARDA TEDAVİYE BAŞLANIR. RAPORDA BETA İNTERFERON KULLANIMI İLE İLGİLİ GENEL TANIM YAZILI VE HASTAYA BETA İNTERFERON KULLANILMADAN BAŞLANMIŞ BU NEDENLE BEDELİ ÖDENMEDİ) • SUTENT 50 MG 14 KAPSUL (RAPOR " SUNİTİNİB 1X50MG/GÜN (4 HAFTA ALIP 2 HAFTA ARA VERECEK ŞEKLİNDE KULLANILACAKTIR)" İBARESİ İLE ÇIKARILMIŞ ANCAK SİSTEME HATALI GIRILDIĞI İÇİN ELİNDE İLAÇ VARKEN TEKRAR VERİLMİŞ) • ICATIN 30MG/3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (HEREDİTER ANJİOÖDEM TANISIYLA İZLENEN HASTANIN ANJİOÖDEM AKUT ATAKLARI SIRASINDA KULLANILMAK ÜZERE ÇIKARILAN RAPORA İSTİNADEN ECZANE HER AY 2 DEFA DÖRDER KUTU OLMAK ÜZERE ÇIKIŞ YAPMIŞTIR) 	<ul style="list-style-type: none"> • TYSABRI ; 16/05/2020 TARİHİNDEN ÖNCEKİ SUT METNİNE GÖRE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. • SUTENT- İKİ HAFTA ALIP BİR HAFTA ARA VERECEK ŞEKİLDE GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. • ICATIN 30MG/3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	PINGEL 75 MG FILM TB. (HASTA STENTLİDİR. STENT TAKILAN HASTALARDA HASTANIN TABURCU OLMASINDAN İTİBAREN RAPOR ARANMAKSIZIN 4 HAFTALIK DOZ ÖDENDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	PINGEL 75 MG FILM TB;RAPORDAKİ TANIYA GÖRE ÖDENMESİNE.
8	BELOC ZOK 50 MG.20 TB. (RAPORDAKİ DOZ 1*1,REÇETEDe 2*1 OLDUĞUNDAN METOPROLOL DOZUNUN 2*1 OLDUĞU RAPOR SEÇİLMİŞTİR).	BELOC ZOK 50 MG.20 TB; GELEN GÖRÜŞE VE 02/04/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
9	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	RICUS 2 MG 20 FILM TABLET (F19.9 VE F23.9 TANILARINDA ÖDENMEZ.)	RICUS 2 MG 20 FILM TABLET; RAPORSUZ E-REÇETEDeKİ TANIYA GÖRE ÖDENMESİNE

11	<ul style="list-style-type: none"> DULOXX 60 MG 28 KAP (SNRI) (RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİM TARAFINDAN ÇIKARILMIŞ.6 AYDAN UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİM TARAFINDAN REÇETE EDİLMESİ GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) PLETAL 100 MG 60 TABLET (HASTA PİNGEL VE PLETAL KULLANIYOR. PROSPEKTÜSE GÖRE;İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTİPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPIDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKE OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET (254 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) EFEXOR XR 75 MG.28 KAPSUL (SNRI)(11.04 TEŞHİS KODLU RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILDIĞINDAN 20.00 GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI RAPORU SEÇİLEREK KATILIM PAYLI ÖDENMİŞTİR.) LIPANTHYL 160 MG 30 FTB (BAŞLANGIÇ RAPORUDUR. TRİGLİSERİT DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> DULOXX- 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. PLETAL- AYNI RAPORDA YER ALDIĞINDAN VE DOKTOR REÇETELERİNDE BİRLİKTE YAZILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. UKRA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. EFEXOR; RAPOR UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. LIPANTHYL- TRG BAŞLANGIÇ DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
12	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"> TUTAST ARVOHALER18 MCG INHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG INHALASYON ICIN TOZ ((LAMA)(KOMBİNE KULLANIM İÇİN RAPOR UYGUN DEĞİL.HASTA DAHA ÖNCE LABA İKS KULLANMAMIŞ) SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (418 KODUYLA VERİLMİYOR ESBRIET 267 MG 90 FILM KAPLI TABLET ((DLCO DEĞERİ BAŞLAMA KRİTERLERİNE UYGUN DEĞİL) SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (418 KODUYLA ÖDENMİYOR) SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (418 KODUYLA ÖDENMİYOR) ESBRIET 267 MG 90 FILM KAPLI TABLET ((DLCO DEĞERİ BAŞLAMA) KRİTERLERİNE UYGUN DEĞİL 	<ul style="list-style-type: none"> TUTAST ; İLK KOAH RAPORU İLE 3 LÜ KOMBİNE TEDAVİ BAŞLANDIĞINDAN VE RAPOR UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE SUBOXONE- İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. ESBRIET ; 14/08/2021 TARİHLİ RAPORDA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİNDEN DLCO DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB ; İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB; İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

		<ul style="list-style-type: none"> • ESBRIET - 14/08/2021 TARİHLİ RAPORDA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİNDEN DLCO DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	BENEFIX 1000 IU/5 ML IV ENJ COZELTI ICIN TOZ VE COZUCU(RAPOR UYGUN DEĞİL)	BENEFIX ; KANAMA RAPORLARI 3 GÜNLÜK OLDUĞUNDAN VE 3 GÜNLÜK DOZU 02/09/2021 TARİHİNDE ALDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (RAPOR DOZUNA GÖRE HESAPLANDI; 2 HAFTADA 1*40 MG OLARAK.)	HUMIRA - 2 HAFTADA 1*1 ŞEKLİNDE TEKRAR GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.
16	COLASTIN-L 20 MG 30 FİLM TABLET (LDL 127 OZENMEZ.)	COLASTIN; İLİŞKİLİ RAPOR UYGUN OLMADIĞINDAN 27/09/2021 TARİHLİ RAPOR İSE REÇETE TARİHİNDEN SONRA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
17	<ul style="list-style-type: none"> • PLETAL 100 MG 60 TABLET (PLETAL PROSPEKTÜSÜNE GÖRE;İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTIKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR) • PLAVIX 75 MG 28 FTB (İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTIKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR) <ul style="list-style-type: none"> • PLETAL 100 MG 60 TABLET (PLETAL,PLAVIX,ECOPIRİN İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTIKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR.KLOPİDOGRELE AYNI ATC KODUNDA ANTİTROMBOTİK İLAÇ OLAN BRİLLİNTA DA MEVCUT) 	<ul style="list-style-type: none"> • PLETAL- ÜÇ ETKEN MADDE AYNI RAPORDA OLDUĞUNDAN VE DOKTOR REÇETESİYLE İLK REÇETEDEN VERİLDİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE • PLAVIX ; İLACIN KONTRENDİKASYONLARINDA BU DURUM BELİRTİLMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. • PLETAL-ÜÇ ETKEN MADDE AYNI RAPORDA OLDUĞUNDAN VE DOKTOR REÇETESİYLE İLK REÇETEDEN VERİLDİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none"> • FEMARA 2.5 MG 30 FTB (ENDİKASYON UYUMU YOK.) • DİDERAL 40 MG 50 TB (TREMORDA ÖDENMEZ.RAPORSUZ ÖDENMEK İSTENDİĞİNDE ELİNDE VAR UYARISI VERİYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • FEMARA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • DİDERAL ; RAPOR TANISI İLACIN ENDİKASYONUNA UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none"> • SUTENT 25 MG 28 KAPSUL (SUNİTİNİB VE EVEROLİMUS PANKREATİK NÖROENDOKRİN TÜMÖR TEDAVİSİNDE ARDIŞIK YA DA KOMBİNE OLARAK KULLANILAMAZ.15/08/2020 ÖNCESİ PNET.TE EVEROLİMUS KULLANIMI) • IMBRUVICA 140 MG 90 KAPSUL (SUT VE PROKPEKTÜSE 	<ul style="list-style-type: none"> • SUTENT ; RAPOR TANISI PANKREATİK NÖROENDOKRİN TÜMÖR OLMASINA RAĞMEN , REÇETE UYARI KODU PANKREATİK NÖROENDOKRİN TÜMÖR DIŞINDAKİ SUT TA BELİRTİLEN TANI KODU GİRİLEREK VERİLDİĞİNDEN VE EVEROLİMUS İLE BU TANIDA

	GÖRE;PROGRESYONA KADAR KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANDIĞINDAN MART 2020 RAPORUYLA AÇIKLAMASIZ ÖDENMEZ)	ARDIŞIK YADA KOMBİNE KULLANILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • IMBRUVICA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	MERIOFERT 150 IU ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇİN LIYOFİLİZE TOZ (MERIONEL 150 IU LIYOFİLİZE TOZ İÇEREN 1(SİKLUS BAŞINA 1000 ÜNİTE ÖDENİR)	MERIOFERT 150 IU ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇİN LIYOFİLİZE TOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (RAPORDA OLMAYAN 254 TESHİS KODU SİSTEME GIRILMIŞ.)	THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
22	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK(HASTA ONAY FORMU İLGİLİ VE GEÇMİŞ RAPORLARDA YOK.)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
23	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR 40 MG.30 FILM TB. (RAPORDA LDL SONUCU YOK.) DULESTER 30 MG 28 KAP(6 AYI GEÇTİĞİNDEN VE RAPORU NÖROLOJİ UZ ÇIKARDIĞINDAN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ.) MOMECON %0.1 LOSYON 30 ML (SİSTEMDEKİ DOZ GIRILDI.) 	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR; LDL DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. DULESTER- 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. MOMECON ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE 2 KUTU 3 GÜNDE BİTECEK ŞEKİLDE ÖDENMESİNE.
24	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR (60*150=9000 ÜNİTE HAFTADA.)	EPORON 4000 IU; E-REÇETEDKİ 60 KG*150 Ü /HAFTADA DOZUNA GÖRE İKİ KUTU ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
25	DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL)(İLACIN 6 AYDAN FAZLA KULLANIMI MEVCUT.REÇETE VE /VEYA RAPORDA PSİKİYATRİ HEKİMİ MEVCUT DEĞİL.TARAFIMCA TEŞHİSE GÖRE İNCELENMİŞTİR)	DUXET- 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN VE GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI TANISINDA İSE REÇETE BRANŞI NÖROLOJİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
26	SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB.(DEMANS'TA "G30 VE ALT KODLARINDA" ENDİKASYON UYUMU ARANMAKTADIR.)	SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
27	<ul style="list-style-type: none"> ENJEKTOR 5 CC (KESİLEN MÜSTAHAZARDAN DOLAYI.) 1G/5 ML IM/IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (SKR İSTİYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> HEMODİYALİZ HASTALARINDA SKR İSTENMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
28	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (HATANIN T SKORU 04 2019 YAPILMIŞ SUT HÜKMÜNE GÖRE GEÇERLİ DEĞER 2 YILDIR)	BONVIVA- SUTUN 4.2.17.A – 2. MADDEİSNE GÖRE KMY ÖLÇÜMÜ 2 YILDA YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
29	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(RAPORDAKİ T SKORUNUN HANGİ BÖLGEYE AİT OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ)	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
30	FORPACK 12/400 MCG DISCAIR İNHALASYON İCİN TOZ (60 DOZ) (LABA+İKS) (HASTA LAMA DA ALMIŞ VE RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK)	FORPACK 12/400 MCG DISCAIR İNHALASYON İCİN TOZ; ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
	<ul style="list-style-type: none"> CORALAN 7.5 MG 56 FTB (RAPOR TANI 	<ul style="list-style-type: none"> CORALAN 7.5 MG 56 FTB; RAPORA

31	<p>VE ICD 10 KODU RAPOR AÇIKLAMASINA UYGUN DEĞİL.)</p> <ul style="list-style-type: none">• LIPNATHYL 267 M KP.(RAPORDA TRİGLİSERİ DEĞERİ VE ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)• ARIMIDEX 1 MG 28 FILM TB.(ESKİ RAPORLAR DAHİL HASTANIN POSTMENAPOZAL DURUMU OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMİYOR.)	<p>YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</p> <ul style="list-style-type: none">• LIPNATHYL 267 M KP; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.• ARIMIDEX 1 MG 28 FILM TB; RAPORDA POSTMENAPOZALOLDUĞU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
32	<ul style="list-style-type: none">• VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET (GÜNCEL HBS AG OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)• FINIMOD 0,5 MG 28 KAP(GÜNCEL EDSS DEĞERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)• DILTIZEM 30 MG 48 TB.(REÇETEDEKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ.• FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (RAPORDAKİ TEŞHİSLE ÖDENMEZ.)• VIRTENIX 245 MG FILM KAPLI TABLET(30 FILM KAPLI TABLET)(GÜNCEL HBS AG OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)• VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET (GÜNCEL HBS AG OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET;26/08/2019 TARİHİNDEN SONRA GÜNCEL HBS AG DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• FINIMOD 0,5 MG 28 KAP; ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE• VIRTENIX 245 MG FILM KAPLI TABLET;15/11/2019 TARİHİNDEN SONRA GÜNCEL HBS AG DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET;İMMUNSUPRESİF TEDAVİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.• DILTIZEM 30 MG 48 TB;09/06/2020 TARİHİNDE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK; KKY HASTALARININ ANEMİSİ TANISINDA ÖDENMESİNE.