

## 06.07.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ (LABA+IKS)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)</li><li>TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH İCİN TOZ 60 DOZ (LAMA)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)</li><li>COLASTIN-L 20 MG 90 FILM TB.(TEK BAŞINA LDL DEĞERİ UYGUN DEĞİL.TÜM ESKİ RAPORLAR İLAÇ BAŞLANGIÇ RAPORUNA İSTİNADEN İDAME OLARAK ÇIKMIŞ ANCAK İLK ÇIKAN RAPOR SONRASI İLACA ARA VERİLMİŞ.İDAME TEDAVİ OLMADAN VERİLMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>SERETIDE VE TIOFIX ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>COLASTIN-L 20 MG 90 FILM TB;İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN TEK BAŞINA LDL DEĞERİ UYGUN DEĞİLDİR. İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
2	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(UYGUN RAPORLA EŞLEŞTİRİLDİ)	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; 02/02/2023 TARİHLİ İLGİLİ RAPOR YETİŞKİN HASTAYA GÖRE DÜZENLENDİĞİNDEN VE 3 AY SÜRELİ OLMASI GEREKTİĞİNDEN 02/05/2023 TARİHİNE KADAR 60 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
3	<ul style="list-style-type: none"><li>ALVITA INSULIN KALEM İGNE Sİ 4MMX32G(İLAÇ DOZUDUR..)</li><li>NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML(RAPOR DOZUDUR.)</li><li>AYSETFINE INSULIN KALEM İGNE Sİ 31G (0,25X5MM)(İLAÇ DOZUDUR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ALVITA INSULIN KALEM; TEK ÇEŞİT İNSÜLİNİ GÜNDE TEK DOZ KULLANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>NOVORAPID FLEXPEN ; RAPOR DOZU 3*25 Ü OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>AYSETFINE INSULIN KALEM; GÜNDE 4 KEZ İNSÜLİN KULLANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
4	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(RAPORDA AÇIKLAMALAR EKLEYEN EKLENME ZAMANI LATERAL MALLEOL KIRIĞI OLAN VE L1-L4 ARASI T SKORU -2.5 OLAN HASTA YAZILI PATOLOJİK KIRIĞI OLAN HASTADA BU T SKORU İLE FOSOVANCE TB VERİLEBİLİR)	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	NUTRIVIGOR RTH VANILYA AROMALI 500 ML(750 KCAL)-(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA OLDUĞU İCİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	NUTRIVIGOR RTH VANILYA AROMALI 500 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	EUTHYROX 100 MCG 50 TAB (İLAÇIN DOZU RAPORLA BELİRLENMİŞ OLDUĞUNDAN RAPORDAKİ DOZ ÖDENDİ.)	EUTHYROX 100 MCG 50 TAB ;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(NUTRIVIGOR MAMA RAPORDA YER ALMIYOR.)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE ; RAPORDA MAMA ADI YER ALMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
8	<ul style="list-style-type: none"><li>EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB(HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMIYORSA RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKLİDİR.)</li><li>ALIPZA 4 MG FILM TABLET(TEK LDL ÖLÇÜMÜ YETERLİ DEĞİL.)</li><li>VEGABON 70 MG 4 TB(KMY ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>EXFORGE - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>VEGABON- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>ALIPZA; RAPORA SONRADAN EKLENEN TANIYLA İLGİLİ GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.</li></ul>
9	FORTINI MULTI FİBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)	FORTINI MULTI FİBRE MUZ 200 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

10	ADVATE 1000 IU/5 ML IV ENJ ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN FLK(3 GÜNLÜK KANANMA RAPOR SÜRESİ DOLMUŞTUR)	ADVATE 1000 IU/5 ML IV ENJ ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN FLK;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	RESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML(200 KCAL)(05.06.2023 TE İADE EDİLDİ RAPORA MALNUTRİSYON GELİŞMİŞTİR İBARESİ EKLETİLİP GÖNDERİLMİŞTİR ÖDEME DIŞI BIRAKILDI)	RESOURCE DIABET ; İADE SONRASI MALNUTRİSYON TANIMI EKSİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
12	AUGMENTİN ES 600 42.9 MG 100 ML SOL(AUGMENTİN ES DOZU, 10 GÜN BOYUNCA, 12 SAAT ARAYLA, İKİYE BÖLÜNÜŞ DOZ HALİNDE VERİLEN 90/6,4 MG/KG/ OLARAK KULLANILIR)	AUGMENTİN ES 600 42.9 MG 100 ML SOL; İLAÇTA ENDİKASYON UYUMU ARANMAMAKTADIR, AYRICA KİLOYA GÖRE GÜNDE 10 ML DEN FAZLA VERİLEBİLECEĞİNDEN VE TEDAVİ SÜRESİNİN 14 GÜNÜ GEÇMEMESİ ÖNERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
13	KAPEDA 500 MG 120 FTB(RAPORDA İLACIN KULLANIMI )KAPESİTABİN,PO,2000MG/M2(3400MG),1*1,14GÜN BOYUNCA HERGÜN,21GÜNDE BİR OLARAK BELİRTİLMİŞTİR BU NEDENLE 1 KURLUK MIKTARIN VERİLMESİ GEREKİR)	KAPEDA 500 MG 120 FTB; TABLET FORMLARIYLA İLGİLİ GENEL MÜDÜRLÜK GÖRÜŞÜNE GÖRE ÖDENMESİNE.
14	APIKOBAL PLUS -RRAPORDA GUNLUK DOZ ALFA LIPOİK ASİT+B1+B6+B12 AĞIZDAN KATI GÜNDE 1 X 1.0 ADET OLARAK BELİRTİLMİŞ ANCAK 2*1 OLARAK SİSTEME GIRILMIŞ)	APIKOBAL PLUS; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
15	RESOURCE JUNIOR FIBRE ÇIKOLATA AROMALI 190 ML(285 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	RESOURCE JUNIOR FIBRE ÇIKOLATA AROMALI 190 ML; RAPORDA HASTANIN YAŞINA GÖRE BOY VE KİLOSU -2SD NİN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
16	DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET(RAPORDAKİ DOZU=30 MG/ GÜN)	DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>DILATREND 6.25 MG.30 TAB(RAPORDAKİ DOZU=1*1)</li> <li>NEURONTIN 600 MG.50 FILM TABLET(RAPORDAKİ DOZU=2*1)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DILATREND;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>NEURONTIN ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
18	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(NUTRIVIGOR SOL YAZILI OLDUĞU RAPORLA EŞLEŞTİRİNCE SİSTEM 8699548994241 BARKODLU İLACIN AYAKTAN RAPORLU ÖDENMESİ İÇİN GEREKLİ ŞARTLAR SAĞLANAMIYOR. SEBEP(LER)İ ; * YAŞ ARALIĞI UYUMSUZ, REÇETE UYARI KODLARI UYUMSUZ, RAPORU YAZAN DOKTORUN BRANŞI UYUMSUZ, (356555) * REÇETE UYARI KODLARI UYUMSUZ, (354) MESAJINI VERİYOR ECZANE DE FARKLI BİR RAPORLA EŞLEŞTİREREK BESLENME SOLUSYONUNU VERMİŞ)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE ; 31/03/2023 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	COLASTİN-L 20 MG 30 FILM TABLET(HASTANIN İLK RAPORUDUR.LDL DEĞERİ SUTA UYGUN OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	COLASTİN-L 20 MG 30 FILM TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	RESOURCE JUNIOR ÇIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	RESOURCE JUNIOR ÇIKOLATALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	CRESTOR 20 MG.28 TABLET(LDL ÖLÇÜM TARİHİ YOK.İDAME TEDAVİ DEĞİL.RAPOR LDL DEĞERİNE GÖRE RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	CRESTOR 20 MG.28 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
22	<ul style="list-style-type: none"> <li>RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEMİŞTİR)</li> <li>NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEMİŞTİR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>

23	PRADAXA 150 MG 60 SERT KAPSUL(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA BEDELI ÖDENİR)	PRADAXA 150 MG 60 SERT KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
24	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL)	RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
26	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANILYOR.KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
27	AMIKOZİT 500 MG.FLAKON(ÇERRAHİ PROFLAKSİDE "EHU" ŞARTLARI İLE KULLANILABİLİR. REÇETE PLASTİK ,REKONSTRÜKTİF VE PLASTİK ÇERRAHİ UZMANI TARAFINDAN YAZILMIŞ)	AMIKOZİT; ÇERRAHİ PROFLAKSİDE KULLANILMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
28	<ul style="list-style-type: none"> <li>(SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANILYOR.KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)</li> <li>DOPADEX SR 25 MG/100 MG UZATILMIŞ SALIMLI 100 TB(HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SPIRIVA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>DOPADEX SR 25 - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(ENDİKASYON UYUMU İÇİN RAPORDA YETERLİ AÇIKLAMA YOK.)</li> <li>PRATİN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA TAHLİL SONUCU YOK.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>PRATİN 4 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
30	<ul style="list-style-type: none"> <li>FEPATİL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(RAPORDA TRİGLİSERİD ÖLÇÜM TARİHİ YOK.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)</li> <li>FEPATİL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(RAPORDA TRİGLİSERİD DEĞERİ ÖLÇÜM TARİHİ YOK.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)</li> <li>TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
31	DULESTER 60 MG 28 KAP(SON ÇIKAN UYGUN RAPORUYLA EŞLEŞTİRİLDİ)	DULESTER; 17/01/2020 TARİHLİ RAPOR 30/06/2023 TARİHİNE KADAR UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
32	CORALAN 5 MG 56 FTB(RAPOR TANISINA GÖRE YAPILAN AÇIKLAMA YETERLİ DEĞİL.)	CORALAN 5 MG 56 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	PLUSMED FASTTEST KAN SEKERİ TEST STRİBİ(RAPORDAKİ DOZU=1*1)	PLUSMED; RAPORA EKLENEN 3*1 DOZUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
34	<ul style="list-style-type: none"> <li>ONZYD 8 MG AGIZDA DAGILAN 10 TB(5 GÜNLÜK ÖDENİR.)</li> <li>LETRASAN 2,5 MG 30 FTB(RAPORDA ENDİKASYON EKSİK.)</li> <li>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LETRASAN 2,5 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
35	FORTİNİ MULTI FİBRE ÇİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(HASTAYA VERİLEN FORTİNİ MULTI FİBRE RAPORDA YER ALMIYOR.)	FORTİNİ MULTI FİBRE ÇİKOLATA 200 ML; RAPORA MAMA ADI EKLETİLMİŞTİR. ANCAK 2 YAŞ ALTI BEBEKLER İÇİN YAŞA GÖRE AĞIRLIK (< -2SD) OLDUĞU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE

36	OCTAGAM 5 G/100 ML IV INFUZYONLUK COZELTI(RAPOR AÇIKLAMASINDA DOZ 0,4 G/KG OLARAK DETAYLANDIRILMIŞTIR. 75 KG HASTA İÇİN 30 G BU İHTİYACI KARŞILAMAKTADIR)	OCTAGAM 5 G/100 ML IV INFUZYONLUK COZELTI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
37	INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(MALNÜTRASYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)	INFATRINI 200 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
38	RESOURCE JUNIOR CİLEK 200 ML(300 KCAL)(2 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İÇİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (< -2SD), OLAN HASTALARDA BESLENME SOLUSYONU BEDELİ ÖDENİR)	RESOURCE JUNIOR- RAPORDA HASTANIN BOY VE KİLOSUNUN -2 STANTARD SAPMANIN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
39	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET(UYGUN OLAN RAPORUYLA EŞLEŞTİRİLDİ)	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
40	FORTINI MULTI FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRISYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA)	FORTINI MULTI FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	RESOURCE ENERGY CİLEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL)(HASTANIN BESİN ALIMINI ETKİLEYEN EK BİR HASTALIĞI VEYA TRAVMASI YOK)	RESOURCE ENERGY CİLEK AHUDUDU AROMALI 200 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
42	FUCIDIN POMAD 20 GR.(SİSTEMDEKİ DOZ GİRİLDİ.)	FUCIDIN POMAD; RAPORSUZ 1 KUTUNUN KULLANIM SÜRESİ 5 GÜNDÜR. ANCAK RAPORLULARDA BÖYLE BİR KISITLAMA OLMADIĞINDAN RAPORDA BELİRTİLEN DOZA GÖRE ÖDENMESİNE.
43	REVLIMID 15 MG 21 SERT KAP(HASTANIN DEVAM KRİTERİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)	REVLIMID 15 MG 21 SERT KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
44	AUGMENTIN-BID 400 57 FORT SUSP.100(2-6 YAŞ (13-21 KG) GÜNDE 2 KEZ, 2.5 ML AUGMENTİN-BID 400+57 FORT ORAL SÜSPANSİYON.DOZUNDA VERİLİR TEDAVİ SÜRESİ, ENDİKASYONA UYGUN OLMALI VE TEDAVİ GÖZDEN GEÇİRİLMEDEN 14 GÜNÜ AŞMAMALIDIR.)	AUGMENTIN-BID 400; İLAÇTA ENDİKASYON UYUMU ARANMAMAKTADIR, 2 YAŞ ÜZERİ ÇOCUKLARDA GÜNLÜK DOZ GÜNDE 10 ML VERİLEBİLİR VE TEDAVİ SÜRESİ 14 GÜNE KADAR OLABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
45	MACROL 250 MG.5 ML.100 ML.SUSP.GRAN(ORMAL TEDAVİ SÜRESİ, İLGİLİ PATOJENE VE HASTALIĞIN ŞİDDETİNE BAĞLI OLARAK 5 İLA 10 GÜN ARASINDADIR. BU NEDENLE 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR)	MACROL; İLAÇTA ENDİKASYON UYUMU ARANMAMAKTADIR, AYRICA ÖZEL POPÜLASYONLARA İLİŞKİN EK BİLGİLER BÖLÜMÜNDE BÖBREK/KARACİĞER DÜZENSİZLİĞİ OLANLARDA DAHI TEDAVİ SÜRESİNİN 14 GÜNÜ GEÇMEMESİ ÖNERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
46	FORSTEO 20 MCG/80 MCL KULLANIMA HAZIR ENJ. KALEMI(HASTAYA AIT ENDİKASYON DISI BELGESİ UYGUN DEĞİL.)	FORSTEO 20 MCG/80 MCL KULLANIMA HAZIR ENJ. KALEMI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
47	LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(RAPORLARDA TEDAVİYE CEVAP KRİTERLERİ YOK.)	LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR; TEDAVİYE 28/02/2018 YILINDA BAŞLANDIĞI GÖRÜLMEKTEDİR. BU TARİHTE BEVACİZUMAB YÜKLEME DOZU ŞARTI BULUNMAMAKTADIR. SUT UN 4.2.33-5. MADDESİNE GÖRE İDAME ŞARTI EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
48	<ul style="list-style-type: none"> <li>PEDIASURE VANILYA AROMALI 220 ML SISE(220 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRISYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)</li> <li>ENSURE 2 CAL MUZ AROMALI 200 ML (400 KCAL(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PEDIASURE VANILYA AROMALI 220 ML SISE; RAPORDA HASTANIN YAŞINA GÖRE BOY VE KİLO GELİŞİMİ &lt;-2 SDS ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li> <li>ENSURE 2 CAL- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
49	BELOC ZOK 50 MG.20 TB.(RAPORDAKİ DOZ METOPROLOL AĞIZDAN KATI GÜNDE 1 X 1.0 ADET OLARAK BELİRTİLMİŞ ANCAK 2*1 OLARAK REÇETELENMİŞ)	BELOC ZOK 50 MG.20 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

50	FEMARA 2.5 MG 30 FTB(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)	FEMARA 2.5 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
51	NANOGAM 10 G/200 ML IV INF ICIN COZ ICEREN FLK(SİSTEMDE 6 AY STEROİD KULLANIMI GÖRÜNMEDİĞİNDEN IG BAŞLAMA GEREKÇESİNİN RAPORA İLAVESİ İSTEMİYLE İADE EDİLMİŞTİR. İADE SONRASI RAPORA YAPILAN EKLEMEDE HASTA BEYANINA GÖRE İŞLEM YAPILDIĞI ANLAŞILDIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.)	NANOGAM 10 G/200 ML IV INF ICIN COZ ICEREN FLK; RAPORDAKİ 18/01/2023 TARİHLİ İLK AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
52	PEDIASURE FIBER MUZ AROMALI 220 ML SISE(220 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)	PEDIASURE FIBER MUZ AROMALI 220 ML SISE; RAPORDA 2 YAŞ ÜSTÜ ÇOCUK İÇİN , HASTA BOY VE KİLO OLARAK YAŞITLARINA GÖRE -2 SD NİN ALTINDA İFADESİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
53	<ul style="list-style-type: none"> <li>RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA)</li> <li>RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA)</li> <li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA)</li> <li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA)</li> <li>VITAL 1,5 KCAL ORMAN MEYVELERİ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA)</li> <li>RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMAYAN HASTA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RESOURCE- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>RESOURCE - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ABOUND - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ABOUND VE VITAL; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>RESOURCE- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
54	VINTOR 0,5 MG 28 KAP(N YÜKSEK HASTALIK AKTİVİTESİ ÖZELLİKLERİNDEN EN AZ İKİSİNİ TAŞIYAN HASTALARDA KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. 1) SON 1 YIL İÇİNDE EN AZ BİR ATAK GEÇİRMİŞ OLMAK, 2) BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG'LERDE LEZYON YÜKÜNDE (YENİ T2 LEZYON, AKTİF LEZYON VEYA MEVCUT LEZYONDA BÜYÜME) ARTIŞ, 3) DOĞRULANMIŞ (6 AY İÇİNDE GERİ DÖNÜŞÜMSÜZ) EDSS ÖLÇEĞİNDE EN AZ 0,5 PUAN ARTIŞI.)	VINTOR 0,5 MG 28 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
55	VENTOLIN INHALER 200 DOZ (SABA)(SEÇİLİ RAPORDA DOZ 4*1 DİR)	VENTOLIN INHALER 200 DOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
56	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB.(RAPORDAKİ LDL UYGUN DEĞİL)	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
57	IMPACT GLUTAMIN 500 ML(565 KCAL)(IMPACT GLUTAMIN RAPORDA YER ALMIYOR.)	IMPACT GLUTAMIN 500 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
58	ILOPERA 10 MCG/ML NEBULAZYON ICIN COZELTI ICEREN 30 AMPUL(SUT A GÖRE ÜÇ AYLIK TEDAVİ SONRASI KONTROLÜNDE KLİNİK EFOR KAPASİTESİ (6 DAKİKA YÜRÜME TESTİ VEYA TREADMİL EFOR TESTİ), HEMODİNAMİ VEYA EKOKARDİYOGRFİK VERİLERİNDE DÜZELME OLMASI VEYA STABİL KALMASI DURUMUNDA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR. RAPORDA HASTANIN BELİRTİLEN DEĞERLERİNDE KÖTÜLEŞME OLDUĞU BELİRTİLMİŞ.)	ILOPERA 10 MCG/ML NEBULAZYON ICIN COZELTI ICEREN 30 AMPUL; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE

59	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI 10 İŞ GÜN İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.SUT'UN (MADDE 4.2.8.A/1) NOLU MADDESİNE GÖRE;2 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İÇİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (< - 2SD) OLMALIDIR.RAPORDA GEREKLİ DÜZELTME YAPILMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML; YASINA GÖRE BOY VE KILO GELİŞİMİ <-2 SDS ALTINDA OLDUĞU RAPORDA MEVCUT OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
60	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL)(HASTAYA VERİLEN FORTINI MULTI FIBRE RAPORDA YER ALMIYOR.)	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
61	CLOPIXOL DEPOT 200 MG.AMPUL(SUT HUKUMLERINE GÖRE RAPOR SURESI 2 YIL OLABILMESINE RAĞMEN RAPORDA 3 AY SÜRE İLE KULLANIMI UYGUNDUR. ZUKLOPENTİKSOL 200 MG AMP 15 GÜNDE BİR 1X1 YAZILI OLDUĞU İÇİN BEDELI ÖDENMEMİŞTİR)	CLOPIXOL DEPOT 200 MG.AMPUL ;UZATILAN RAPORLARIN AÇIKLAMA KISMINDA YER ALAN SÜRE KISITLAMALARININ DİKKATE ALINMAMASI İLE İLGİLİ GÖRÜŞ YAZISI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
62	<ul style="list-style-type: none"><li>• FEPATİL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(RAPORDA TRİGLİSERİD ÖLÇÜM TARİHİ YOK.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)</li><li>• BELOC ZOK 100 MG.20 TB.(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)</li><li>• ARISLOW ER 1 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (28 TABLET)(UYARICI İLAÇLARIN UYGUN OLMADIĞI, TOLERE EDİLEMEDİĞI VEYA ETKİSİZ KALDIĞI DURUMLARDA KULLANILIR.)</li><li>• ARISLOW ER 2 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (28 TABLET)(UYARICI İLAÇLARIN UYGUN OLMADIĞI, TOLERE EDİLEMEDİĞI VEYA ETKİSİZ KALDIĞI DURUMLARDA KULLANILIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• FEPATİL 267 MG SERT KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>• BELOC ZOK 100 MG.20 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>• ARISLOW ER 1 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>• ARISLOW ER 2 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
63	EFEXOR XR 150 MG.28 KAPSUL (SNRI)(RAPORDAKİ DOZU=1*1)	EFEXOR XR 150 MG.28 KAPSUL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE