

09.09.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 (GUNCEL FERRİTİN DEĞERİ BELGELENMEMİS.)	EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 ; KESİLME KRİTERİ OLMAN SON 3 AY İÇİNDE YAPILMIŞ FERRİTİN TAHLİL SONUCU OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	<ul style="list-style-type: none">SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDAME TED DE HER REÇETEYE İLGİLİ HEKİMCE OPİYAT TESTİ - ÇIKMIŞTIR İBARESİ OLMALI.)SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDAME TED DE HER REÇETEYE İLGİLİ HEKİMCE OPİYAT TESTİ - ÇIKMIŞTIR İBARESİ OLMALI.)	<ul style="list-style-type: none">İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (GUNCEL "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPİYAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİ BELGELENMEMİS.)	<ul style="list-style-type: none">İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
4	<ul style="list-style-type: none">TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG İNHALASYON İCİN TOZ ((LAMA) (3 LÜ KOMBİNASYON KULLANIMINDA 3 DOZ LABA+İKS KULLANIMINDAN SONRA GEÇİLMESİ GEREKİR BU KULLANIM TESBİT EDİLMEDİ)NEURONTİN 600 MG.50 FILM TABLET (FARKLI RAPORLADA GABAPENTİN VE PREGABALİN ÇIKMIŞ VE HASTA İKİSİNİ AYNI ANDA KULLANIYOR)TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA) (KOMBİNASYON TEDAVİYE BAŞLAMADAN ÖNCE 3 DOZ LABA+İKS TEDAVİSİ ALMALIDIR HASTA BUNA RASTLANMADI)	<ul style="list-style-type: none">TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG İNHALASYON İCİN TOZ;12/09/2021 TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCEKİ RAPOR OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNENEURONTİN 600 MG.50 FILM TABLET;PREGABALİN İLE BİRLİKTE VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET;ÖDENMESİNE
5	DULOXX 60 MG 28 KAP (SNRI)(YAYGIN ANKSİYETE BOZUKLUĞU TEŞHİSİYLE GİRİLMİŞ ANCAK TEDAVİ SÜRESİ 6 AYI GEÇMİŞTİR, RAPORDAKİ 20.00 KODU İLE EŞLEŞTİRİLİP VE UYGUN UYARI KODU EKLENDİĞİNDE SİSTEM İZİN VERMEMEKTEDİR.)	DULOXX - 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN VE GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISINDA İSE HEM RAPOR HEMDE REÇETEYİ NÖROLOJİ UZMANI YAZMASI GEREKTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
6	DULESTER 60 MG 28 KAP (4.2.2 - ANTİDEPRESANLAR KULLANIM İLKELERİ (1) GEREĞİNCE " 6 AYDAN UZUN SÜRE KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLMESİ VEYA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENEN UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR." REÇETEYE ESAS 23.02.2018 TARİHLİ RAPORU DÜZENLEYEN NÖROLOJİ UZMANIDIR VE 6 AYI AŞAN TEDAVİDİR)	DULESTER- 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.

7	<ul style="list-style-type: none"> • INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(HASTANIN YAŞI 18 AYI GEÇTİĞİ İÇİN KESİLDİ.) • INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(HASTANIN YAŞI 18 AYI GEÇTİĞİ İÇİN KESİLDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • INFATRINI ; HASTANIN YAŞI VE GÜNCEL KİLOSU UYGUN OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. • INFATRINI - HASTANIN YAŞI VE GÜNCEL KİLOSU UYGUN OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
8	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (GUNCEL "İDRARDA OPIOİDE RASTLANMAMIŞTIR" İFADESİ BELGELENMEMİS.)	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB ;İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
9	<ul style="list-style-type: none"> • SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (KONTROLE TABİ MADDE İÇERMELERİ NEDENİYLE "KIRMIZI REÇETE İLE VERİLECEK İLAÇLAR" KAPSAMINDADIR.418 KODU İLE VERİLEMEZ.) • SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (KONTROLE TABİ MADDE İÇERMELERİ NEDENİYLE "KIRMIZI REÇETE İLE VERİLECEK İLAÇLAR" KAPSAMINDADIR.418 KODU İLE VERİLEMEZ.) • FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB(OSTEOPOROZDA İLAÇ TEDAVİSİ, DÜZENLENECEK RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE SON İKİ YIL İÇİNDE YAPILAN KEMİK MİNERAL YOĞUNLUK (KMY) ÖLÇÜMÜYLE PLANLANIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • SUBOXONE- İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR • FOSAVANCE- SUTUN 4.2.17.A -2. MADDEİSNE GÖRE KMY ÖLÇÜMÜ 2 YILDA BİR YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
10	ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL ICEREN 1 FLK (REÇETE TARİHİYLE UYUMLU OLAN 10.06.2021 TARİHLİ E-RAPOR SEÇİLMİŞ OLUP ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİNE GÖRE 3 GÜNÜ AŞAN ADET KESİLMİŞTİR)	ZENALB; YATAN HASTADA 10/06/2021 VE 11/06/2021 TARİHLİ ALBÜMİN DEĞERLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
11	ROSUVAS 10 MG 28 FTB(RAPORDA EN AZ 1 HAFTA ARAYLA YAPILMIŞ 2 LDL SONUCU OLMASI GEREKİYOR.)	ROSUVAS; ÖNCEKİ RAPORLARINA GÖRE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN VE RAPORDA İKİ LDL DEĞERİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
12	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (418 KODUYLA ÖDENMEZ)	SUBOXONE - İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
13	BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET (HBSAG NEGATİF OLDUĞU DURUMLARDA HBV DNA POZİTİFLİĞİ VE/VEYA ANTİ HBC POZİTİFLİĞİ BİLGİSİ RAPORDA YER ALMALIDIR. RAPOR GEREKLİ KOŞULLARI SAĞLAMİYOR.)	BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET; KESİNTİDEN SONRA GÖNDERİLEN TAHLİL BELGESİNDE ANTİ HBC DEĞERİNİN NEGATİF OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
14	EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL (HASTANIN EYLEA TEDAVİSİNE YANIT DEĞERLENDİRMESİ RAPORDA BELİRTİLMESİ İÇİN 30.07.21 TARİHİNDE İADE EDİLMİŞTİR 10 İŞ GÜNÜ	EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL ; 28/06/2021 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	İÇERİSİNDE EKLEME YAPILMAMIŞTIR)	
15	TAMPROST MR 0.4 MG 30 KAPSUL (DUTASTERİD İLE KOMBİNE KULLANILMAZ.)	TAMPROST; DUTASTERİD İLE KOMBİNE KULLANIM SINIRLAMASI OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE
16	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (SADECE 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG.DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE ENDİKEDİR.)	INFATRINI 200 ML ;HASTANIN GÜNCEL KİLOSU BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
17	EPOBEL 4000 IU/0,4 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE (GÜNCEL DEĞERLERE GÖRE DOZ BELİRLENİR)	EPOBEL 4000 IU/0,4 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE;TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET (SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA YOK)	TIOPATI; RAPORDA PERİFERK DİYABETİK NÖROPATİ AÇIKLAMASI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
19	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (SİMPONİDEN HUMIRAYA GEÇİLMİŞ BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ UYGUN DEĞİL)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none"> GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (SUT MADDE 4.2.38/4 , RAPOR UYGUN DEĞİL.) LIPANTHYL 267 M KP. (TRIGLİSERİT DEĞERİ UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> GALVUS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. KORONER ARTER HASTALIĞIYLA İLGİLİ RAPORLARI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none"> JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET(İADE DÜZELTİLMEDİ) (METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA ODENİR. RAPORDA BELGELENECEK.) FORZİGA 10 MG 28 FTB (İADE DÜZELTİLMEDİ)(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA ODENİR.RAPORDA BELGELENECEK.) 	<ul style="list-style-type: none"> 19/08/2021 TARİHİNDE İADE EDİLMESİNE RAĞMEN EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
22	METACARTIN 2G/10ML ORAL COZ. ICEREN 10 FLK (İLAÇ:RAPOR İLE VERİLİR.RAPOR TEŞHİSİ UYGUN DEĞİL(KRONİK BÖBREK HAST) KATILIM PAYLI SEÇİLEMEZ.KESİNTİ YAPILDI.)	METACARTIN 2G/10ML ORAL COZ. ICEREN 10 FLK; SUT UN EK/4-D LİSTESİNE GÖRE E71.1 VE E72.3 ICD 10 KODLARINDA MUAF VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE
23	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZİR SİRİNGA(HGB DEĞERİ 12 NİN ÜZERİNDE 12.2)	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZİR SİRİNGA; E-REÇETEDe HB DEĞERİ 12 Yİ GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
24	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET) (6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA, TEKRAR ANTİHİSTAMİNİK TEDAVİSİ ALMA KOŞULUARANMAKSİZİN 24 HAFTA SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORLARINA İSTİNADEN TEDAVİ TEKRARLANABİLİR. KONTROL YAPILMADAN 418 İLE VERİLMESİ UYGUN DEĞİLDİR)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	ENOX 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ.(ENDİKASYON DISI KULLANIM.)	ENOX 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ ; RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
26	LIPOLIN 600 MG HR 30 FTB (SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA YOK)	LIPOLIN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
27	AVODART 0.5 MG.30 YUMUSAK KAPSUL(HASTANIN ELİNDE TAMSULOSİN VAR VE KOMBİNE	AVODART 0.5 MG.30 YUMUSAK KAPSUL;ÖDENMESİNE.

	KULLANILMAZ.)	
28	<ul style="list-style-type: none"> FRESUBIN HEPA DRINK CAPPUCCINO AROMALI 1X200 ML (HASTANIN BESLENME SOLUSYANLARI RAPORDA 6 AY İLE SINIRLANDIRILMIŞTIR. HASTANIN YENİDEN DEĞERLENDİRİLİP KULLANIMA GEÇİLMESİ GEREKİR) HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK(6 AY SÜRE İLE KULLANMASI GEREKMEKTE OLUP HASTA KATILIM PAYINDAN MUAFTIR. RAPORDA BELİRTİLEN İLAÇLAR DOKTOR TAVSİYESİNE GÖRE, HASTALIK VE TEDAVİNİN ETKİNLİĞİ İLE YAN ETKİLERİ İZLENEREK KULLANILACAKTIR.) HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (İLAÇLARINI 3 AY SÜRE İLE KULLANMASI GEREKMEKTE OLUP HASTA KATILIM PAYINDAN MUAFTIR. RAPORDA BELİRTİLEN İLAÇLAR DOKTOR TAVSİYESİNE GÖRE, HASTALIK VE TEDAVİNİN ETKİNLİĞİ İLE YAN ETKİLERİ İZLENEREK KULLANILACAKTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> FRESUBIN HEPA DRINK CAPPUCCINO AROMALI 1X200 ML;ÖDENMESİNE HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; ÖDENMESİNE HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK;ÖDENMESİNE
29	<ul style="list-style-type: none"> KEDAY XR 150 MG UZATILMIS SALIMLI 30 TABLET(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.) JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.) FORZIGA 10 MG 28 FTB (RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE FORZIGA 10 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
30	<ul style="list-style-type: none"> GYREX 100 MG 30 FILM TABLET (HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.) ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (RAPORDA MAMA ADI YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> GYREX.....NUMARALI REÇETE A GRUBU FATURASINDA KEŞİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. ABOUND; 23/_7/2019 RAPORUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
31	BETMIGA 50 MG UZATILMIS SALIMLI 30 FILM TABLET (RAPORDA OLMAYAN 275 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIS.)	BETMIGA 50 MG UZATILMIS SALIMLI 30 FILM TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
32	BETMIGA 50 MG UZATILMIS SALIMLI 30 FILM TABLET (RAPORDA VE REÇETEDE OKSİBÜTİNİN İNTOLERANSI YAZILI OLMADIĞI HALDE SİSTEME ÖYLE GIRILMIŞ.)	BETMIGA 50 MG UZATILMIS SALIMLI 30 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
33	<ul style="list-style-type: none"> MERIOFERT 75 IU ENJEKSİYONLUK COZELTI ICIN LIYOFILIZE TOZ (1 FLAKON+1 COZUCU AMPUL) (MERIONAL 75 IU(EN AZ İKİ DENEME OI+IUI UYGULANMASI ARANIR) GONAL-F 450 IU (33 MCG) 0.75 ML.FLK (EN AZ İKİ DENEME OI+IUI UYGULANMASI ARANIR OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR 92,87 EN AZ İKİ DENEME OI+IUI UYGULANMASI ARANIR) 	<ul style="list-style-type: none"> KÖTÜ OVARYAN TANISI İLE HORMON DÜZEYİ (AMH:0.7) BELİRTİLDİĞİNDEN ÖNCESİNDE AŞILAMA ŞARTI ARANMAMAKTADIR. ÖDENMESİNE.
34	ATOR 10 MG.30 TB. (raporda ldl değeri yok)	ATOR 10 MG.30 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
35	LUCRIN DEPOT 3.75 MG IM SC 1 AYLIK(HASTA POSTMENOPAZAL. ENDİKASYON DISI KULLANIM.)	LUCRIN DEPOT 3.75 MG; POSTMENOPAZAL KADINLARDA MEME KANSERİNDE ENDİKE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
36	<ul style="list-style-type: none"> PLETAL 100 MG 60 TABLET (30.10.2018 TARİHLİ RAPOR.SURESİ DOLMUS)(AYRICA RAPOR BILGISI EKSİK) BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU 	<ul style="list-style-type: none"> PLETAL; 30/10/2018 TARİHLİ RAPOR SUT UN 4.2.15.B - SİLOSTAZOL MADDESİNE GÖRE 1 YIL SÜRELİ OLMASI GEREKTİĞİNDEN VE 01/01/2020 TARİHİNDEN ÖNCE SÜRESİ

	SISTEME GIRILMIS)	DOLMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • BENEDAY-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
37	FEBIND 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 TABLET (TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.418 İLE GİRİLMİŞ. TEDAVİNİN DEVAMINA TAHLİL OLMADAN KARAR VERİLEMEZ.)	FEBIND 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 TABLET ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
38	• EFEXOR XR 37.5 MG 14 MIKROPELLET (SNRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR). • COLASTIN-L 20 MG 30 FILM TABLET(RAPORDA LDL DEĞERİ VE TARİHİ YOK.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)	• EFEXOR XR 37.5 ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • COLASTIN-; TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
39	• SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (GUNCEL "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPIAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİ BELGELENMEMİS.) • TOPAMAX 25 MG.60 FILM TB. (DİĞER PROFİLAKTİK MİGREN İLAÇLARININ 6 AY SÜREYLE KULLANILIP ETKİSİZ KALDIĞI DURUMLARDA OZENİR.)	• SUBOXONE-İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • TOPAMAX; RAPORDA DİĞER PROFİLAKTİK MİGREN İLAÇLARININ 6 AY SÜREYLE KULLANILIP ETKİSİZ KALDIĞI BELLİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
40	BETMIGA 50 MG UZATILMIS SALIMLI 30 FILM TABLET(275 KODUYLA GİRİLMİŞ ANCAK RAPOR UYGUN DEĞİL.)	BETMIGA 50 MG UZATILMIS SALIMLI 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
41	LATİXA 500 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB (LATİXA;SUT'UN MADDE 4.2.15.F NOLU MADDESİ RAPORA KOPYALANMIŞ VE "HASTALARDA" ŞEKLİNDE GENELLEME YAPILMIŞTIR.HASTANIN DURUMU İLE İLGİLİ İFADE 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE RAPORA EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.)	LATİXA 500 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB;24/08/2020 TARİHLİ RAPORDAKİ İFADEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
42	OMNITROPE 5 MG (15 IU)/1,5 ML ENJ. İCİN SOLUSYON İCEREN 1 KARTUS (KEMİK YAŞI 4 YAŞ VE PUBERTE ARASI KRONOLOJİK YAŞA GÖRE EN AZ 2 YIL GERİ OLMASI GEREKLİDİR.)	OMNITROPE 5 MG;RAPORDA ÖTİROİD İKEN YAPILAN BÜYÜME HORMONU UYARI TESTLERİNE YETERSİZ YANIT ALINDIĞI İLE SONLANDIRMA KRİTERLERİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
43	ALATAB 600 MG 30 FTB(254 RAPOR KODUYLA GİRİLMİŞ ANCAK RAPOR UYGUN DEĞİL.)	ALATAB 600 MG 30 FTB ;RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
44	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (TANI UYGUN DEĞİLDİR.)	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
45	• JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET (RAPORDA KULLANIM GEREKÇESİ YOK.) • CYPLOS ARVOHALER 50 MCG/500 MCG (60 İNHALASYON DOZU) (CYPLOS SANOHALER 50/500 MCG İNH (LABA+İKS) (RAPORDA KOMBİNE KULLANIM İÇİN GEREKLİ KULLANIM GEÇMİŞİ, AÇIKLAMASI YOK.) • TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG İNHALASYON İCİN TOZ ((LAMA) (RAPORDA KOMBİNE KULLANIM İÇİN GEREKLİ KULLANIM GEÇMİŞİ,AÇIKLAMASI YOK.)	• JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE • CYPLOS ARVOHALER 50 MCG/500 MCG; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE • TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
46	FERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL (RAPORDAKİ TEŞHİSLE ÖZENMEZ)	FERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
47	• TELVIS PLUS 80/12,5 MG 28 TB (TELMISARTAN+HİDROKLOTOTIAZİD; SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA AYNI ECZANE TARAFINDAN FATURA	• TELVIS PLUS 80/12,5 MG 28 TB; ÖDENMESİNE • CORIVA 12 MCG İNHALASYON İÇİN TOZ İCEREN 30 KAPSUL;

	<p>EDİLMİŞ OLAN CO-DIOVAN (VALSARTAN+HCTZ)İLACI MEVCUT OLUP HER İKİSİNİN BİRLİKTE KULLANIMIYLA GÜNLÜK MAX DOZ 1*1 AŞILMIŞTIR)</p> <ul style="list-style-type: none"> CORIVA 12 MCG INHALASYIN İÇİN TOZ İÇEREN 30 KAPSUL(LAMA)(HASTAYA ÇIKAN BU İLK RAPORDAN ÖNCE SİSTEMDE KAYITLI,İNHALE KORTİKOSTEROİD(İKS) VE UZUN ETKİLİ SOLUNUM YOLU BETA-AGONİSTLERİ(LABA)İLACI BULUNMAMAKTADIR. LAMA'SI KESİLDİ.) CO-DİOVAN 320 12,5 MG 28 FILM TB (SİSTEMDE KAYITLI OLAN ATC KODUNDA AYNI ECZANE TARAFINDAN FATURA EDİLMİŞ OLAN TELMISARTAN+HIDROKLOROTIAZİD İLACI MEVCUT OLUP HER İKİSİNİN BİRLİKTE KULLANIMIYLA GÜNLÜK MAX DOZ 1*1 AŞILMIŞTIR.) 	<p>ÖDENMESİNE.</p> <ul style="list-style-type: none"> CO-DİOVAN 320 12,5 MG 28 FILM TB; İTİRAZIN REDDİNE.
48	NEURONTIN 800 MG.50 CEN.FILM TB. (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	NEURONTIN 800 MG.50 CEN.FILM TB;RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
49	NUTRIVIGOR RTH VANILYA AROMALI 500 ML(750 KCAL)(İLGİLİ RAPOR SEÇİLDİ.)	NUTRIVIGOR RTH VANILYA AROMALI 500 ML;MAMA ADI GEÇEN KATILIM PAYLI RAPOR SEÇİLMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
50	CEDRINA 50 MG 30 FTB(G30 ICD-10 KODU İLE ODENMEZ.)	CEDRINA 50 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
51	VEXPERDA 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(GUNCEL FERRİTİN DEGERİ BELGELENMEMİS.)	VEXPERDA 360 MG FILM KAPLI TABLET;GÜNCEL FERRİTİN SONUCU GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
52	<ul style="list-style-type: none"> TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET (G30.9 ALZHEİMER HASTALIĞI TANISINDA ÖDENMEZ.) ALATAB 600 MG 30 FTB (UYARI KODU GİRİLMESİNE RAĞMEN;DİYABETİK POLİNÖROPATİK AĞRI TANISININ PERİFERAL OLUP OLMADIĞI RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH ICIN TOZ 60 DOZ (LAMA) (HASTA LAMA VE LABA+İKS KULLANIYOR.BAŞLANGIÇ RAPORUDUR.RAPOR TARİHİNDEN ÖNE EN AZ 3 AY SÜREYLE LABA+LAMA VEYA LABA+İKS KULLANIMI OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH ICIN TOZ 60 DOZ;ÖDENMESİNE.
53	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO 20 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK KAPAK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NANVALVÜLER ATRİYAL FİBRİNASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) JECTERA 10 MCG ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN LIYOFİLİZE TOZ VE COZUCU (1 FLAKON + 1 AMPUL)(EK-4/F.MADDE-37.1 DE BELİRTİLEN KOŞULLARA GÖRE İLAÇ ENDİKASYONU DIŞINDA VERİLMİŞ.) ELIQUIS-SUT 4.2.15-D-1 NOLU MADDEYE GÖRE RAPORDAKİ AÇIKLAMA YETERSİZ TERNAVİR-HASTANIN TEDAVİYE İLK BAŞLANGIÇ KRİTERİ EKSİK. 2015 TARİHLİ ANTİVİRAL DEĞİŞİMİNİN HANGİ GEREKÇE İLE YAPILDIĞI BELİRTİLMEMİŞ. 	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE JECTERA 10 MCG ENJEKSİYONLUK COZELTI;TANI KISMINDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIGINDAN İTİRAZIN REDDİNE ELIOUS; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE TERNAVİR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

54	DULOXX 60 MG 28 KAP (SNRI)(TEDAVİ SÜRESİ 6 AYI GEÇMİŞTİR,418 İLE VERİLMİŞ,PSİKİATRİ UZMANLARINA REÇETE EDİLMELİDİR.)	DULOXX 60 MG 28 KAP; PSİKİYATRİ UZM. HEKİMİNİN DÜZENLEDİĞİ RAPORA İSTİNADEN TÜM HEKİMLER YAZABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
55	URSACTIVE 250 MG 100 KAP(ENDİKASYON DISI KULLANIM.)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP; ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
56	XARELTO 20 MG 28 FTB (ÖNCESİNDE EN AZ 2 AY SÜRE İLE VARFARİN KULLANILMASINDAN SONRA EN AZ BİRER HAFTA ARA İLE YAPILAN SON 5 ÖLÇÜMÜN EN AZ ÜÇÜNDE VARFARİN İLE HEDEFLenen INR DEĞERİNİN 2-3 ARASINDA TUTULAMAMASI HALİNDE ODenİR.	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
57	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA; ÖDENEbİLİR)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
58	RIVELIME 10 MG 21 SERT KAPSUL (HASTANIN 4. AY SONUNDAKİ DEĞERLENDİRMESİ OLMADAN İLACIN KULLANIMINA DEVAM EDİLDİĞİ İÇİN KESİLDİ.)	RIVELIME 10 MG 21 SERT KAPSUL;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
59	EPIXX XR 750 MG 50 FTB (PRATİSYEN HEKİM TARAFINDAN YAZILMIŞTIR.)	EPIXX XR 750 MG 50 FTB ;(RAPORLU VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
60	VENTOLIN INHALER 200 DOZ (LABA)(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ)	VENTOLIN INHALER 200 DOZ ;RAPOR AÇIKLAMA KISMINDA DOZ 4*2 OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
61	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET)(HASTAYA 24 HAFTA (168 GÜN) SÜRELİ KULLANIM YAZILMIŞTIR.) (RAPORDA)	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
62	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA OLMAYAN 254 TESHİS KODU SİSTEME GİRİLMİS.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ;RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
63	AVODART 0,5 MG 30 YUMUŞAK KAPSUL(HASTANIN ELİNDE TAMSULOSİN VAR)	AVODART 0,5 MG 30 YUMUŞAK KAPSUL;TAMSULOSİN İLE İLGİLİ SINIRLAMA OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.