

## 10.06.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	CARDURA XL 4 MG 30 KONT. SALIM TB.(RAPORDAKİ DR AÇIKLAMASI RAPOR SÜRESİNİ KISITLADIĞINDAN ; RAPOR SÜRESİ İÇİN 6 AY OLDUĞU İÇİN ÖDENMEDİ.)	CARDURA XL 4 MG 30 KONT. SALIM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	KAPEDA 500 MG 120 FTB ( 1 KÜRLÜK ÖDENİR)	KAPEDA 500 MG 120 FTB; TABLET FORMLARI İLE İLGİLİ GENEL MÜDÜRLÜK GÖRÜŞÜ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
3	SIMPONI 50 MG ENJ. COZ. ICEREN KUL. HAZIR 1 KALEM ( RAPORDA HASTA SİMPONİDEN FAYDA GÖRMEDİĞİNDEN İLAÇ DEĞİŞİKLİĞİ YAPILMIŞTIR, DENMEKTEDİR. ÇIKAN RAPORDAKİ DAS28 DEVAM İÇİN UYGUN DEĞİLDİR.)	SIMPONI 50 MG ENJ. COZ. ICEREN KUL. HAZIR 1 KALEM; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	EUTHYROX 150 MCG.50 TABLET ( EUTHYROX 150 MCG.50 TABLET İLACININ SÜRESİ DOLMAMIŞ. (RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.)	EUTHYROX 150 MCG.50 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none"><li>• VENEGİS XR 75 MG SALINM.28 SERT KAP (SNRI) ( RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ)</li><li>• ZENTİCAVİR 0,5 MG 30 FTB (HASTA LAMİVUDİNE ŞUBAT 2009 DA BAŞLAMIS VE BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ EKSİK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• VENEGİS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>• ZENTİCAVİR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
6	BYETTA 10 G/40 L(10 MG/40 ML) SC KULLANIMA HAZIR DOLU ENJ. KALEMİ İCİNDE COZELTI ( BYETTA KOMBİNASYON ŞEKLİNDE ENDİKEDİR)	BYETTA- SUTUN 4.2.38-5/C MADDESİNE GÖRE , TEDAVİYE DEVAM EDİLECEKSE; DEVAM KARARI, BAŞLAMA KRİTERLERİ VE METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELER VE/VEYA PİOGLİTAZON VE/VEYA BAZAL İNSÜLİN İÇİN HASTAYA VERİLEN MAKSİMUM DOZLAR RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİNDEN VE KOMBİNE KULLANIM OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	<ul style="list-style-type: none"><li>• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) ( 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE ÖDENİR.23/09/2020 TARİHİNDE 6.DOZ BİTİMİ İLE BİRLİKTE NÜKS GELİŞMESİ BEKLENMEDEN 7.DOZ GİRİŞİ YAPILMIŞ) (5.DOZ SONUNDA YANİ 20 HAFTA SONRA ARA VERMEKSİZİN NÜKS RAPORU ÇIKMIŞ)</li><li>• TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET ( SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNMAMAKTADIR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>• TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET; RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ( Başlangıç DAS28 Skoru:6.72, Yeni DAS28 Skoru: 2.8 09/01/2020 09:42 RAPORDAKİ DAS SKORLARI YUKARIDA GÖRÜLDÜĞÜ GİBİ 01/2020 TARİHLİ RAPORDA BELİRTİLEN DEĞERLERDİR 27/01/2021 TARİHLİ RAPOR BU DEĞERLER YAZILARAK DÜZENLENMİŞTİR OYSA DAS SKORLARINA 6 AYDA BİR BAKILMALI VE BAŞLANGIÇ DAS SKORUNA GÖRE NE KADAR DUSUS OLDUĞU TAKİP EDİLEREK İLACIN DEVAMINA KARAR VERİLMELİDİR)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; GÜNCEL RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.

9	ENTYVIO 300 MG INF COZ KONS ICIN TOZ ( "VEDOLİZUMAB GÜVENLİK İZLEM FORMU", İLK UYGULAMA, DÖRDÜNCÜ UYGULAMA (10. HAFTADAKİ DEĞERLENDİRME SONRASINDA YAPILAN İLK UYGULAMA) VE SONRAKİ HER UYGULAMA ÖNCESİNDE DOLDURULUR. 6 AYLA SINIRLANDIRILAN RAPORLA,418 UYARI KODU KULLANILARAK 1 YILI AŞKIN SÜRE FATURA EDİLMİŞ)	ENTYVIO 300 MG INF COZ KONS ICIN TOZ; ROMATOLOJİ BÖLÜMÜNDE MUAYENE KAYITLARI İLE TAKİBİ YAPILDIĞINDAN VE VEDOLİZUMAB TEDAVİSİ DEVAM ETTİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
10	URSOVEF 750 MG 30 FILM KAPLI TABLET ( PROSPEKTÜS ENDİKASYONUNA GÖRE, KARACİĞER SİROZUNUN OLMADIĞI PRİMER BİLİYER SİROZUN TEDVİSİNDE ÖDENİR. RAPORDAKİ K74.6 ICD 10 KODUNA GÖRE HASTADA KARACİĞER SİROZU BULUNDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	URSOVEF-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	DETRUSİTOL SR 4 MG 28 KAPSUL ( oral oksibutinine yanıt almamayan ya da tolere edemeyen hastalarda bedeli ödenir )	DETRUSİTOL - RAPORSUZ REÇETEDe UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
12	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVÜLER ATRİAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA KULLANILDIĞINDA ÖDENİR. )	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>GAMUNEX-C % 10 50 ML IV/SC ENJ ICIN COZ ICEREN FLK ( YETERLİ SÜRE STEROİD KULLANIMI YOK)</li> <li>GAMUNEX-C % 10 200 ML IV/SC ENJ. ICIN COZL. ICEREN FLK ( YETERLİ SÜRE STEROİD KULLANIMI YOK )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
14	FORTIMEL DRINK MUZ AROMALI 500 ML (500KCAL) ( RAPORDA MAMA ADI YOK.)	FORTIMEL DRINK MUZ AROMALI 500 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP ( 418 İLE VERİLMİŞ. REÇETE TARİHİ İLE UYUMLU TAHLİL SONUÇLARI YOK )</li> <li>PERFOSE 800 MG 180 FTB ( 418 İLE VERİLMİŞ. REÇETE TARİHİ İLE UYUMLU TAHLİL SONUÇLARI YOK)</li> <li>PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP ( 418 İLE VERİLMİŞ. REÇETE TARİHİ İLE UYUMLU DEĞERLER YOK ). 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP ( 418 İLE VERİLMİŞ. REÇETE TARİHİ İLE UYUMLU DEĞERLER YOK)</li> <li>PERFOSE 800 MG 180 FTB ( 418 İLE VERİLMİŞ. REÇETE TARİHİ İLE UYUMLU DEĞERLER YOK)</li> <li>PERFOSE 800 MG 180 FTB (418 İLE VERİLMİŞ. REÇETE TARİHİ İLE UYUMLU DEĞERLER YOK)</li> <li>CYNACAL 30 MG 28 FILM TABLET ( 418 İLE VERİLMİŞ. E REÇETEDe BULUNMASI GEREKEN SONUÇLAR YOK)</li> <li>CYNACAL 30 MG 28 FILM TABLET ( 418 İLE VERİLMİŞ. E REÇETEDe BULUNMASI GEREKEN SONUÇLAR YOK)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PARICAL- EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>PERFOSE-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>PARICAL-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>PERFOSE-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>PARICAL;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>PERFOSE-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>CYNACAL-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>CYNACAL -EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
16	VENEGİS XR 75 MG SALINM.28 SERT KAP (SNRI) ( 6 AYDAN UZUN SÜRE KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENEN RAPOR İLE ÖDENİR. REÇETE PSİKİYATRİ UZMANI TARAFINDAN YAZILMIŞTIR.RAPORSIZ ÖDENDİ. )	VENEGİS XR 75 MG SALINM.28 SERT KAP;RAPORSUZ OLARAK KATILIM PAYI KESİLMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.

17	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI ( RAPORA GÖRE İDAME DOZU AYDA BİR KEZ 0.4G/KG DIR )	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI; RAPORDAKİ AYLIK İDAME DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET ( İADE EDİLDİĞİ HALDE DÜZELTME YAPILMAMIŞ)</li> <li>SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB ( HASTA 7 AYDIR İLAÇ KULLANMIYOR. İDRARDA OPIOD NEGATİF SAPTANMIŞ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET;İADE SONRASI RAPORA EKLEME YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>ZENALB %20 100 ML IV INF ICIN DUSUK TUZLU SOL ICEREN 1 FLK ( RAPOR TARİHİ 4 GÜN, ALBUMİN ÖLÇÜM TARİHİ 5 GÜN ÖNCESİNE AİT )</li> <li>ZENALB %20 100 ML IV INF ICIN DUSUK TUZLU SOL ICEREN 1 FLK ( RAPOR TARİHİ VE ALBUMİN ÖLÇÜM TARİHİ 25 GÜN ÖNCESİNE AİT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ZENALB %20 100 ML IV INF ICIN DUSUK TUZLU SOL ICEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ZENALB %20 100 ML IV INF ICIN DUSUK TUZLU SOL ICEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXJADE 125 MG SUDA DAGILABİLEN 28 ( TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU&lt;3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN&lt;300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.)</li> <li>SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB. ( HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.)</li> <li>LIPANTHYL 160 MG 30 FTB ( RAPORDA TRİGLİSERİD DEĞERİ YOK.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXJADE -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>SEROQUEL 25- İKİ FARKLI FORMDAN TOPLAM 125 MG VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>LIPANTHYL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALFAZAN 600 MG 30 FTB ( DİYABET HASTASI DEĞİLDİR.)</li> <li>SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB ( KR.HAST.REÇETESİZ İLAÇ TED.KAPSAMINDA DEĞİLDİR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALFAZAN- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
22	LIPANTHYL 267 M KP. ( LİPANTHYL;HASTANIN GÜNCEL RAPOR TARİHİNDEN 6 AY ÖNCESİNE AİT FENOFİBRAT KULLANIMI OLAMDIĞINDAN BAŞLANGIÇ RAPORUDUR.RAPOR TARİHİYLE UYUMLU TRİGLİSERİT DEĞERİ RAPORA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.10 GÜNLÜK SÜRE İÇERİSİNDE RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR. )	LIPANTHYL 267 M KP; BİR ÖNCEKİ HİPWRLİPİDEMİ RAPORUNUN BİTİŞ TARİHİ 25/04/2018 DİR. İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İADE EDİLMESİNE RAĞMEN GÜNCEL DEĞER EKLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>PRATİN 2 MG 30 FILM KAPLI TABLET ( RAPORDAKİ LDL SONUCU UYGUN DEĞİL.)</li> <li>XAMATE 50 MG 60 FTB ( RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PRATİN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>XAMATE -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>ENJEKTOR 5 CC ( 12.04.2021 TARİHİNDE NOVOSEF ALMIŞTIR.72 SAAT İÇERİSİNDE EHU ONAYI GEREKİR. )</li> <li>NOVOSEF 1 GR.IM FLAKON ( 12.04.2021 TARİHİNDE NOVOSEF ALMIŞTIR.72 SAAT İÇERİSİNDE EHU ONAYI GEREKİR. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>İLAÇ ALIM TARİHİ 20/04/2021 OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li> </ul>
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>HUMAN ALBUMİN OCTAPHARMA %20 IV INFUZYONLUK COZELTI, 100 ML ( İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONU KARARI GEREĞİ REÇETE TARİHİYLE UYUMLU OLAN TAHLİL BELGESİNİN GÖNDERİLMESİ GEREKMEKTEDİR İADE YAPILMIŞ OLUP RAPORA İLAVE EDİLEN SONUÇLARDAN 27.02.2021 TARİHLİ SONUÇ GÖNDERİLMİŞTİR. ANCAK İLAÇ ALIM TARİHİNE GÖRE 3 GÜN GEÇMİŞTİR. 25.02.2021 DEN BERİ SÜREKLİ HUMAN ALBÜMİN ALINMIŞTIR.)</li> <li>ALBUMAN 200 MG/ML 100 ML IV INFUZYON</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HUMAN ALBUMİN OCTAPHARMA %20 IV INFUZYONLUK COZELTI, 100 ML; RAPORA SONRADAN EKLENEN SONUÇLARLA İLGİLİ TAHLİL SONUCU İSTENMİŞ, İADE SONRASI GÜNCEL TAHLİL BELGESİ GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>ALBUMAN 200 MG/ML 100 ML IV INFUZYON ICIN COZELTI ICEREN FLK; RAPORA SONRADAN EKLENEN SONUÇLARLA İLGİLİ TAHLİL</li> </ul>

	İCİN COZELTİ İCEREN FLK ( İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONU KARARI GEREĞİ REÇETE TARİHİYLE UYUMLU OLAN TAHLİL BELGESİNİN GÖNDERİLMESİ GEREKMEKTEDİR. GEREKÇESİYLE İADE YAPILMIŞ OLUP 27.02.2021 TARİHLİ SONUÇ GÖNDERİLMİŞTİR. İLAÇ ALIM TARİHİNE GÖRE 3 GÜN GEÇMİŞTİR. 25.02.2021 DEN BERİ SÜREKLİ HUMAN ALBÜMİN ALINMIŞTIR.)	SONUCU İSTENMİŞ, İADE SONRASI GÜNCEL TAHLİL BELGESİ GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
26	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ( HEMODİYALİZ TEDAVİLERİNDE, HEPARİNLER TANIYA DAYALI İŞLEM PUANINA DAHİL OLDUĞUNDAN REÇETE EDİLSE DAHİ BEDELİ ÖDENMEZ. )	OKSAPAR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET ( RAPORDA HASTALIĞIN EVRESİ YAZMADIĞINDAN ENDİKASYON UYUMU TESPİT EDİLEMEDİ.)	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET ( ERİŞKİNLERDE METOTREKSAT İLE KOMBİNASYON HALİNDE ENDİKE OLUP ŞUBAT 2018'DEN SONRA METOTREKSAT KULLANMAMIŞTIR)	ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>• THROMBOREDUCTIN 0.5 MG.100 KAPSUL ( RAPORDA YÜKSEK VASKÜLER RİSK TAŞIDIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>• BARACLUDGE 0.5 MG 30 FILM TABLET ( HASTANIN BAŞLANGIÇ RAPORU SUT A UYGUN DEĞİL.)</li> <li>• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ( RAPORDA HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİ BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ( HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ. )</li> <li>• RIVELIME 10 MG 21 SERT KAPSUL ( RAPORDA 3.KÜR VE 6.KÜR YANITLARI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ( HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) ( HASTA 6 DOZ ALMADAN NÜKS TEDAVİSİNE GEÇMİŞTİR)</li> <li>• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ( HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ( HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİ RAPORDA BELİRTİLECEK )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• THROMBOREDUCTIN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• BARACLUDGE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• LUCENTIS- OCT DEĞERİ 250 ÜZERİ OLDUĞUNDAN VE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE .</li> <li>• LUCENTIS- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• RIVELIM-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• LUCENTIS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• XOLAİR- BİR ÖNCEKİ RAPOR İLE 6 DOZU GEÇTİĞİNDEN VE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li> <li>• LUCENTIS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MABTHERA 100 MG.10 ML.2 FLAKON (RAPORDAKİ ENDİKASYON EKSİK)</li> <li>• TRUXIMA 500 MG/50 ML IV INFUZYON İCİN KONSANTRE COZELTİ İCEREN FLAKON ( RAPORDAKİ ENDİKASYON EKSİK)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
	PLETAL 100 MG 60 TABLET ( KLOPIDOĞREL İLE BİRLİKTE KULLANIMI KONTRENDİKEDİR HASTANIN	PLETAL 100 MG 60 TABLET; HASTANIN 22/06/2021 TARİH 753600 NOLU E-RAPORLA

31	FARKLI HASTANELERDEN FARKLI İKİ RAPORUN BİRİNDE KLOPIDIOGREL DİĞERİNDE SİLOSTAZOL BAŞLANMIŞ VE HERİKİ RAPORDAN 418 KODU İLE ÇIKIŞ YAPILMIŞTIR AYRICA SİLOTAZOL KULLANIMI İÇİN GEREKLİ SUT HUKUMLERİNE UYGUN OLMAYAN RAPORLA VERİLMİŞ )	GÜNCEL SİLOSTAZOL RAPORU DÜZENLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
32	RONIDRO 5 MG/100 ML IV İNF İÇİN ÇÖZ İÇEREN 1 FLK (RAPORDAKİ KMY ÖLÇÜMÜNÜN HANGİ BÖLGEYE AİT OLDUĞU BELLİ DEĞİL.)	RONIDRO 5 MG/100 ML IV İNF İÇİN ÇÖZ İÇEREN 1 FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALTUZAN ROCHE 100 MG 4 ML KONS.INF. ( RAPORDA ENDİKASYON EKSİK.)</li> <li>ALTUZAN ROCHE 400 MG 16 ML KONS.INF ( RAPORDA ENDİKASYON EKSİK.)</li> <li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ( RAPORDA TEDAVİDEN FAYDA GÖRDÜĞÜ BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>SYNAGIS-RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL.</li> <li>LUCENTIS-RAPORDA BEVACİZUMAB TAN NEDEN FAYDA GÖRMEYİ AÇIKLANMAMIŞ.</li> <li>LUCENTIS- RAPORDA TEDAVİDEN FAYDA GÖRDÜĞÜ BELİRTİLMEMİŞ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALTUZAN ROCHE 100 MG 4 ML KONS.INF; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ALTUZAN ROCHE 400 MG 16 ML KONS.INF; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>SYNAGIS; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>LUCENTIS; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>LUCENTIS; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
34	<ul style="list-style-type: none"> <li>KEDAY XR 200 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 TABLET ( RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK. HASTA ELİNDE DİĞER FORMU MEVCUT. )</li> <li>CEDRINA 400 MG 30 FTB( HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.RAPOR DOZ AÇIKLAMASI YOK. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KEDAY XR 200 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>CEDRINA 400 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
35	VESICARE 10 MG 30 FTB (REÇETEDE DE RAPORDA DA BELİRTİLMEDİĞİ HALDE 275 REÇETE KODU GİRİLMİŞ.)	VESICARE 10 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
36	BETA FERON 9.6 MIU (0.3 MG) 15 FLK. ( TEDAVİ ALTINDA İKEN EDSS SKORU 6,5 ÜZERİNDE OLAN HASTALARDA TEDAVİLER SONLANDIRILIR 05/2019 YILINDAKİ EDSS SKORU RAPORDA VAR)	BETA FERON-2020 MART AYINDAN SONRA HASTANE GİRİŞİ OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
37	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ( HASTA 01.11.2019 TARİHİNDEN SONRA İLACA 6 AYDAN FAZLA ARA VERMİŞTİR. YENİDEN BAŞLANGIÇ KRİTERİ GEREKİR.AYRICA BAŞLANGIÇ KRİTERİ İÇİN YAPILAN AÇIKLAMANI "; EN AZ 3 FARKLI HASTALIK MODİFİYE EDİCİ ANTİROMATİZMAL İLACI EN AZ 3 ER AY SÜREYLE KULLANMIŞ OLMASI GEREKİR."ŞEKLİNDE OLMASI GEREKİR.)	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI; BİR ÖNCEKİ RAPORU İLE İLAÇ ALINDIĞINDAN VE İDAME TEDAVİYE GEÇTİĞİNDEN VE RAPORDA EN AZ ÜÇ AY SÜREYLE İBARESİ BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
38	LIPOFEN SR 250 MG.30 KAPSUL ( RAPOR ÇIKARILAN TARİHTEN GERİYE DÖNÜK SON ALTI AY İÇERİSİNDE İLAÇ KULLANIMI YOKTUR.RAPOR TARİHİ İLE UYUMLU TGL. ÖLÇÜM SONUCU GEREKLİDİR.)	LIPOFEN SR 250 MG.30 KAPSUL; RAPOR ÖNCESİ TEDAVİYE 6 AYDAN FAZLA ARA VERİLDİĞİNDEN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
39	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL) ( MALNÜTRASYON TANIMI ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNA AİT DEĞİL.)	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
40	<ul style="list-style-type: none"> <li>XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) ( HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>XOLAİR RAPORUN İLK AÇIKLAMA KISMINDA NÜKS OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li> <li>URSOVEF; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ENDOXAN;NEFRİTİK SENDROM İLE İLGİLİ TANI KODU EKLENDİĞİNDEN</li> </ul>

	<p>BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA, TEKRAR ANTİHİSTAMİNİK TEDAVİSİ ALMA KOŞULU ARANMAKSIZIN 24 HAFTA SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORLARINA İSTİNADEN TEDAVİ TEKRARLANABİLİR. HASTA TEDAVİYİ 24 HAFTALIK TEDAVİ SÜRESİNİN SONUNDA SONLANDIRILMALIYDI. TEKRAR NÜKS OLMAMIŞ. PROTOKOLÜNÜN ÜSTÜNDE İLAÇ ALAMAZ.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• URSOVEF; ENDİKASYON DIŞI VERİLMİŞ.</li> <li>• ENDOXAN;NEFROTİK SEBDROMDA KULLANIMI OLMADIĞINDAN.</li> </ul>	ÖDENMESİNE.
41	BENVİDA 100 MG 56 FTB (SUT 4.2.25 NOLU MADDEDE BELİRTİLEN LAKOZAMİD ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMAYAN RAPOR.)	BENVİDA 100 MG 56 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
42	TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET (ALZHİMER TANISINDA BEDELİ ÖDENMEZ)	TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET;05/11/2020 TARİHLİ RAPORUNA GÖRE ÖDENMESİNE
43	DOSTİNEX 0,5 MG.8 TABLET (TERAPÖTİK DOZ ÇOĞUNLUKLA HAFTADA 0,25 MG İLE 2 MG ARASINDA DEĞİŞİR)	DOSTİNEX 0,5 MG.8 TABLET ;MEDULADAKİ MAKSİMUM DOZ SINIRLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
44	HUMİRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ(HİDRADENİTİS SUPURATİVA TANISINDA KULLANIMI ENDİKASYON DIŞI)	HUMİRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ ; SUTUN 4.2.1.C-1- 13. MADDESİNE GÖRE HİDRADENİTİS SUPPURATİVA TANISINDA VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENOX 4000 ANTI-XA İU/0,4 ML 10 KULL. HAZ. ENJ. (SÜREKLİ KULLANIM GEREKTİRMEYEN,KRONİKLEŞMEMİŞ,GEBELİKTE GELİŞEN DURUMLARDA; CLEXANE 20.00 KATILIM PAYLI (O22.3 DERİN FLEBOTROMBOZ GEBELİKTE) OALRAK ÖDENİR. KATILIM PAYI KESİLDİ)</li> <li>• PARICAL 10 MCG/2 ML İV ENJ ÇÖZ İÇEREN 5 AMP(PTH DÜZEYİNİN 150 PG/ML 'NİN ALTINA DÜŞMESİ,ALBÜMİN İLE DÜZELTİLMİŞ SERUM KALSİYUM DÜZEYİNİN 10,5 MG/DL'NİN ÜZERİNE ÇIKMASI VEYA SERUM FOSFOR DÜZEYİNİN 6 MG/DL'NİN ÜZERİNE ÇIKMASI DURUMUNDA PARİKALSİTOL TEDAVİSİ SONLANDIRILACAĞI İÇİN 418'LE KARŞILANAMAZ.1 YILI AŞKIN SÜREDİR 8'ER KUTU ÇIKIŞ YAPILMIŞ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENOX 4000 ANTI-XA İU/0,4 ML 10 KULL. HAZ. ENJ; RAPOR TANISINA GÖRE MUAF ÖDENMESİNE</li> <li>• PARICAL 10 MCG/2 ML İV ENJ ÇÖZ İÇEREN 5 AMP; EKLENEN TAHLİL SONUCUNA GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
46	ARANESP 150 MCG 4 KULL HAZİR SİRİNG (ESA AJANLAR HB DÜZEYİ 12 G/DL OLDUĞUNDA KEŞİLMESİ GEREKTİĞİNDEN 418 LE ÖDENMİYOR)	ARANESP 150 MCG 4 KULL HAZİR SİRİNG; EKLENEN TAHLİL SONUCUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
47	ALATAB 600 MG 30 FTB (254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)	ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
48	ZENALB %20 100 ML İV İNF İÇİN DÜŞÜKTUZLU SOL İÇEREN 1 FLK (RAPOR VE ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİ 10 GÜN ÖNCESİNE AİT)	ZENALB %20 100 ML İV İNF İÇİN DÜŞÜKTUZLU SOL İÇEREN 1 FLK; ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
49	LİPANTHYL 267 M KP. (RAPOR BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN GERİYE DÖNÜK 6 AYLIK SÜREDE İLAÇ KULLANIMI YOKTUR.)	LİPANTHYL 267 M KP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
50	EMSELEX 15 MG 28 TABLET (275 UYARI KODU OLDUĞU HALDE RAPORDA İLGİLİ TEŞHİS OLMADAN VERİLMİŞ.)	EMSELEX 15 MG 28 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
51	COLASTİN-L 10 MG 30 FILM TABLET (ENAZ BİR HAFTA ARAYLA YAPILMIŞ 2 LDL DEĞERİ OLMALIYDI)	İKİ LDL DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
52	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FERİNJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (RAPOR İCD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)</li> <li>• FERİNJECT 500 MG10 ML 1 FLK (RAPOR İCD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• FERİNJECT 500 MG 10 ML 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• FERİNJECT 500 MG10 ML 1 FLK</li> </ul>

		;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
53	BETA FERON 9.6 MIU (0,3 MG) 15 FLK. ( (MS) TANI KRİTERLERİNİ KARŞILAYAN HASTALARDA 3 BASAMAK SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARINDA DÜZENLENEN EN FAZLA 1 YIL SÜRELİ RAPORLA VERİLİR EDSS SKORU 6,5 ÜSTÜNDE OLDUĞUNDAN TEDAVİ KESİLİR 2018 YILINDAKİ EDSS SKORU İLE İLAÇ VERİLMeye DEVAM EDİLİYOR.)	BETA FERON 9.6 MIU (0,3 MG) 15 FLK ; BAŞKA RAPOR KAYDI BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.