

## 10.09.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	BONVIVA 150 MG ROCHE 3 FTB (T SKORU UYGUN DEĞİL.)	BONVIVA 150 MG ROCHE 3 FTB; RAPORDAKİ KMY ÖLÇÜMÜ VE AÇIKLAMA PATOLOJİK KIRIK OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ( HGB UYGUN DEĞİL. )	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ;10/06/2020 TARİHLİ KAĞIT REÇETE BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ OLDUĞUNDAN VE HB DEĞERİ 10,1 OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	<ul style="list-style-type: none"><li>PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) ( HASTANIN GÜNLÜK ALMASI GEREKEN DOZ 1200 KCAL DİR)</li><li>PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) ( HASTANIN GÜNLÜK ALMASI GEREKEN DOZ 1300 KCAL DİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ RAPORDA GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI 1200 KCAL OLARAK BELİRLENMİŞTİR. KESİNTİDEN SONRA EKLENEN GÜNLÜK 4000 KCAL MİKTARI UYGUN GÖRÜLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>KWELLADA LOTION 120 CC ( KWELLADA LOSYON ERİŞKİNLERDE EN FAZLA 60 ML KULLANILABİLİR )</li><li>DESYREL 50 MG.30 TB.(TRISIKLIK) (SAĞLIK BAKANLIĞI EK ONAYI ALINMADAN KULLANILABİLECEK ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIM KILAVUZUNA GÖRE BU TEŞHİSTE RAPOR GEREKMEKTEDİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KWELLADA LOTION 120 CC ; MEDULADA GÜN SINIRLAMASI GETİRİLMİŞ OLUP ÖDENMESİNE.</li><li>DESYREL ; S.B. EK ONAY ALINMAYACAK İLAÇLAR LİSTESİNDEKİ TANIDA RAPOR GEREKTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR</li></ul>
5	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON ( HASTA 2012 YILINDA NAKİL OLMUŞTUR.'SUT; 4.2.12.A .2. (Ç) 2) DÜŞÜK RİSK GRUBU HASTALARDA HER HALUKARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 1 YIL, YÜKSEK RİSK GRUBU HASTALARDA KARACİĞER NAKLİNDEN 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILIR.' MADDESİNE GÖRE ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR. )	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON ;SUTUN 4.2.12.A-2-Ç MADDESİNE GÖRE NAKİLDEN MAKSİMUM 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILACAĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
6	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA) (HASTAYA ÇIKAN BU İLK RAPORDAN ÖNCE SİSTEMDE KAYITLI, İNHALE KORTİKOSTEROİD (İKS) VE UZUN ETKİLİ SOLUNUM YOLU BETA-AGONİSTLERİ (LABA) İLACI BULUNMAMAKTADIR )	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET ;İLK RAPOR OLDUĞU , EN AZ ÜÇ AY SÜRE İLE İNHALE KORTİKOSTEROİD İKS+LABA İLE TEDAVİ GÖRMEYİŞİ VE RAPORDA BELİRTİLDİĞİ GİBİ İDAME TEDAVİ ALMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
7	ALATAB 600 MG 30 FTB ( RAPORDA UYARI KODUNDA GİRİLEN TEŞHİS YOK)	ALATAB 600 MG 30 FTB ;İLGİLİ RAPORDA DİYABETİK PERİFERİK NÖROPATİ İBARESİ BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
8	ENJEKTOR 5 CC VE DESEFIN 1 GR.IM ( HASTANIN ENFEKSİYONUNUN APAT'A UYGUN OLDUĞUNU BELGELEYEN EHU' NUN DA İÇİNDE BULUNDUĞU BİR SAĞLIK KURULU RAPORU İLE VE A-72 KAPSAMINDAKİ İLAÇLARDAN BİRİ KULLANILDIKTAN SONRA DİĞERLERİ EHU OLMAKSIZIN PEŞ PEŞE KULLANILAMAZ)	ENJEKTOR 5 CC ;ÖNCEKİ REÇETEYLE EHU ONAYI OLMADAN 72 SAATTEN FAZLA KULLANIMI OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
9	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ( ALFA LİPOİK ASİT MEDULLADAKİ MAKSİMUM DOZU AŞIYOR.AYNI REÇETEDEN LİPOLİN 600 TB VAR. )	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
10	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON ( 4.2.12.A 2) Düşük risk grubu hastalarda her halukarda karaciğer naklinden 1 yıl, yüksek risk grubu hastalarda karaciğer naklinden 5 yıl sonra HBig	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON ; SUTUN 4.2.12.A-2-Ç MADDESİNE GÖRE NAKİLDEN MAKSİMUM 5 YIL SONRA HBIG TEDAVİSİ SONLANDIRILACAĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR

	tedavisi sonlandırılır. )(20.02.2014/34502 sayılı rapor)	HAVALE EDİLMİŞTİR
11	PROGRAF 1 MG 50 KAPSUL (BİR KALSİNÖRÜN İNH. VEYA KORTİKOSTEROİTLE BİRLİKTE KULLANILIR.)	PROGRAF 1 MG 50 KAPSUL; KARACİĞER NAKLİ TANISINDA İNH VEYA KORTİKOSTEROİT İLE AYNI ANDA KULLANILMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR
12	SPIRIVA 18 MCG İNHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(LABA,LABA+İKS 3 LÜ KOMBİNASYON RAPORSUZ ÖDENMEZ.)	SPIRIVA 18 MCG İNHALASYON 30 KAPSUL; KOAH İLE İLGİLİ İLK TEDAVİ 28/07/2020 TARİHİNDE LABA+İKS+LAMA İLE ÜÇLÜ KOMBİNASYONLARAPORSUZ OLARAK BAŞLADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR
13	MICTONORM 45 MG SR SUREKLI SALIMLI 30 KAPSUL (REÇETEDE UYGUN AÇIKLAMA YOK)	MICTONORM 45 MG SR SUREKLI SALIMLI 30 KAPSUL;İLAÇ İLE İLGİLİ UYARI KODU OLDUĞUNDAN VE E-REÇETEDE ORAL OKSİBUTİNİNE YANIT ALINAMADIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON (RAPORDA ENDİKASYON UYUMU GEREKLİ. )</li> <li>REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. İCİN LIYOF. TOZ İCEREN 1 FLK. ( RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. İCİN LIYOF. TOZ İCEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
15	RIVELIME 15 MG 21 SERT KAPSUL (SUT A GÖRE KULLANIM KOŞULLARI UYGUN DEĞİL.)	RIVELIME 15 MG 21 SERT KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>EK MANUEL REÇETE YOK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>REÇETE İŞLEM İZİN BUTONU KULLANILARAK İŞLEM YAPILMASINA.</li> </ul>
17	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML VANILYA AROMALI (200 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML VANILYA AROMALI ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ( RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA YOK. )</li> <li>PLAVIX 75 MG 28 FTB ( RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL. RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ;RAPORDA UYGUN İFADE BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</li> <li>PLAVIX 75 MG 28 FTB;06/05/2019 TARİHLİ RAPORA UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li> </ul>
19	ISOSOURCE PROTEIN VANILLA 500 ML SOL (650 KCAL) (RAPOR RESOURCE GLUTAMİN İÇİN ÇIKMIŞ.)	ISOSOURCE PROTEIN VANILLA 500 ML SOL;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>MABTHERA 100 MG.10 ML.2 FLAKON (RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK. )</li> <li>MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON ( RAPORDA ENDİKASYON UYUMU) YOK.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>S.B. EK ONAY ALINMAYACAK İLAÇLAR LİSTESİNDEKİ " YENİ TANI CD 20 (+) NON-HODGKİN LENFOMA (NHL) TEDAVİSİNDE KULLANILABİLECEK DİĞER İLAÇLAR (CHOP, DHAP İÇE, BENDAMUSTİN vb.) İLE BİRLİKTE 3-4 HAFTADADA BİR 375 MG/METREKARE DOZUNDA HER BİR KEMOTERAPİ DİZİSİ İÇİN EN FAZLA 8 (SEKİZ) KÜR KULLANILIR." İFADEYE VE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
21	BENDAMUS 100 MG IV INFUZYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLK ( RİTUKSİMAB VEYA RİTUKSİMAB İÇEREN BİR KEMOTERAPİ REJİMİ SONRASI 6 AY İÇİNDE NÜKS ETMİŞ OLMASI DURUMUNDA ÖDENİR. )	BENDAMUS 100 MG IV INFUZYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
22	COLEDAN- D3 150.000 IU/ 10 ML ORAL DAMLA, COZELTI (1 SİSE, 10 ML) (REÇETEDE UYGUN TEŞHİS YOK)	COLEDAN- D3 150.000 IU/ 10 ML ORAL DAMLA; İADE EDİLMESİNE.
23	ALATAB 600 MG 30 FTB ( RAPORDA PERİFERAL DİYABETİK POLİNOROPATİ OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.)	ALATAB 600 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>DEVİT-3 DAMLA (ENDİKASYONU DİŞİNDA VERİLMİŞ.)</li> <li>DEVİT-3 DAMLA (ENDİKASYONU DİŞİNDA VERİLMİŞ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HER İKİ REÇETE İÇİN İADE EDİLMESİNE.</li> </ul>

25	CERTICAN 0.75 MG.60 TABLET ( CERTICAN BİR KALSİNÖRİN İNHİBİTÖRÜ VE/VEYA KORTİKOSTEROİDLE AYNI ANDA KULLANILABİLİR. )	CERTICAN 0.75 MG.60 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
26	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL) ( RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL. RAPOR DA MAMA ADI HANGİSİ KULLANILACAĞI BELLİ DEĞİL. NUTRISON ENERGY Mİ, NUTRISON ADVANCE CUBISON MU. )	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
27	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (RAPORDA HASTA ONAY FORMU BELİRTİLMEMİŞ)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ;HASTA ONAY FORMU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
28	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET ( RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YAPILMAMIŞ VE REÇETEDe 3 ADET YAZIYOR. )	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE 3 KUTU OLARAK ÖDENMESİNE
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İPRASAL NEBULİZASYON İÇİN TEK DOZLUK İNHALASYOM ÇÖZELTESİ İÇEREN FLAKON 20*2,5 ML FLAKON/KUTU (İPRAVENT; RAPORDAKİ DOZ 4*1, REÇETEDe 4*2 DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR. 10 İŞ GÜNÜ İÇERİŞİNDE EKŞİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN AYAKTAN RAPORSUZ KATILIM PAYI ALINARAK ÖDENMİŞTİR.)</li> <li>• FONKSERA 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET (BRINTELLIX 10 MG 28 FTB) (RAPORDA ORTA-AĞIR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI OLMADIĞI HALDE 413 UYARI KODU GİRİLDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• İPRASAL NEBULİZASYON İÇİN TEK DOZLUK İNHALASYOM ÇÖZELTESİ İÇEREN FLAKON 20*2,5 ML FLAKON/KUTU; İADE SONRASI DÜZELTME YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>• FONKSERA 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET;RAPORDA ORTA-AĞIR DEPRESİF BOZUKLUK TANISI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
30	BINOCRIT 5000 IU/0,5 ML SC/IV ENJEKSİYON İÇİN ÇÖZELTİ İÇEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR(FERRITIN TAHLİL SONUCU SON 3 AYA AİT OLMALI)	BINOCRIT 5000 IU/0,5 ML SC/IV ENJEKSİYON İÇİN ÇÖZELTİ İÇEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR ;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
31	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (ENDİKASYON UYUMU YOK)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP;İLGİLİ RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
32	RESPIRO 25 MCG/250 MCG 120 DOZ INH (LABA+İKS)(RAPORDAKİ DOZU=2*250 MCG)	RESPIRO 25 MCG/250 MCG 120 DOZ INH; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
33	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK)	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
34	LIPITOR 20 MG 30 TB.(RAPORDA TANI KISMINDA İLGİLİ ICD 10 KODU VE TANI OLACAK.)	LIPITOR 20 MG 30 TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
35	RESOURCE JUNIOR CİKOLATALI 200 ML(300 KCAL) ( MALNUTRİSYON TANIMI YOK)	RESOURCE JUNIOR CİKOLATALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
36	MODULEN İBD 400 GR (2000 KCAL) ( 18 YAŞ ALTI HASTA. MALNUTRİSYON TANIMI YOK )	MODULEN İBD 400 GR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
37	FORTINI MULTI FİBRE CİKOLATA 200 ML (300 KCAL) ( RAPORDAKİ MAMADAN FARKLI MAMA VERİLMİŞ )	FORTINI MULTI FİBRE CİKOLATA 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
38	URODAY 3 GR 1 SASE ( SİSTEME GİRİLEN TEŞHİS REÇETEDe YOK)	URODAY 3 GR 1 SASE ;E-REÇETEDEKİ TEŞHİSE GÖRE İADE EDİLMESİNE.
39	TREVICTA 175 MG İ.M. ENJEKSİYON İCİN UZUN SALIMLI SUSPANSİYON İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR ( AÇIKLAMALAR BÖLÜMÜ UYGUN DEĞİL )	TREVICTA 175 MG İ.M. ENJEKSİYON İCİN UZUN SALIMLI SUSPANSİYON İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
40	ALIPZA 4 MG FILM TABLET (RAPORDA LDL ÖLÇÜM TARİHİ YAZMIYOR.)	ALIPZA 4 MG FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

41	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL) ( Raporda istemsiz kilo kaybı olduğu yazmıyor )	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
42	ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET ( RAPORDA İLAÇLARI 3 ER AY KULLANILDIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)	ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
43	AMBISOME 50 MG.FLAKON ( SİSTEMİK MİKOTİK ENFEKSİYONLARIN TEDAVİSİ İÇİN 1MG/KG/GÜN DOZU İLE BAŞLANIR VE GEREKİRSE DOZ KADEMELİ OLARAK 5 MG/KG/GÜN 'E KADAR ARTIRILIR .HATANIN İLK AMBISOME KULLANIŞI.)	AMBISOME 50 MG.FLAKON ; YĞÜN BAKIMDA YATAN HASTA İÇİN RAPOR DOZU SINIRI İÇİNDE 4 MG/KG /GÜN DOZUNDA KARŞILANDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
44	ENSURE 2 CAL VANILYA AROMALI 200 ML (400 KCAL) ( RAPORDA İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ)	ENSURE 2 CAL VANILYA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
45	FORTIMEL ENERGY ÇIKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL) (RAPOR DOZU 3*1)	FORTIMEL ENERGY ÇIKOLATA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
46	PARIDEV 10 MCG/2 ML IV ENJ İÇEREN 2 ML 5 AMP (BAŞLAMA KRİTERLERİ UYGUN DEĞİL.)	PARIDEV 10 MCG/2 ML IV ENJ İÇEREN 2 ML 5 AMP ; 11/09/2018 TARİHLİ RAPOR BAŞLANGIÇ RAPORU OLMADIĞINDAN BU TARİHTEKİ DEĞERLER İLE E-REÇETEDEKİ DEĞERLER İDAME DEĞERLERİNE UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
47	<ul style="list-style-type: none"><li>• TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKSİYON KALEMİ (RAPOR SUTA UYGUN DEĞİL.)</li><li>• ALBFINE INSULİN KALEM İĞNE UCU 32G*4 MM (KÜPÜR EKLENMEMİŞ.)</li><li>• SMARTFINE INSULİN İĞNE UCU 31 G*6 MM (KÜPÜR EKLENMEMİŞ.)</li><li>• RINACHECK STRIP (KÜPÜR EKLENMEMİŞ.)</li><li>• SMARTFINE INSULİN İĞNE UCU 31 G*8 MM (KÜPÜR EKLENMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TOUJEO 300 U/ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>• ALBFINE INSULİN KALEM İĞNE UCU 32G*4 MM; KAREKOD İŞLEM İZİN BUTONU KULLANILARAK İŞLEM YAPILMASINA.</li><li>• SMARTFINE INSULİN İĞNE UCU 31 G*6 MM VE RINACHECK STRIP; KAREKOD İŞLEM İZİN BUTONU KULLANILARAK İŞLEM YAPILMASINA.</li><li>• SMARTFINE INSULİN İĞNE UCU 31 G*8 MM; KAREKOD İŞLEM İZİN BUTONU KULLANILARAK İŞLEM YAPILMASINA.</li></ul>
48	MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP (ORAL OKSİBÜTİNİN İNTOLERANSI RAPORDA OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
49	<ul style="list-style-type: none"><li>• GYNO-LOMEXİN 600 MG 2 VAGİNAL OVUL ( KAĞIT REÇETEDe GYNO-LOMEXİN- VAĞ KREM YAZIYOR.YAZAİLAN İLAÇ YERİNE GYNO-LOMEXİN VAĞ. OVUL VERİLMİŞ.HATALI VERİLEN İLAÇ BEDELİ ÖDENMEDİ.)</li><li>• UROMİSİN 3 G TOZ ICEREN SASE ( KAĞIT REÇETEDe ;MONODOKS KAP.YAZIYOR.YERİNE MONUROL EŞDEĞERİ MONUROL 3G GRANÜL VERİLMİŞ.HATALI VERİLEN İLAÇ BEDELİ ÖDENMEDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• KAĞIT REÇETEDe GYNO-LOMEXİN- VAG KREM VE ; MONODOKS KAP YAZDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
50	ARANESP 20 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA ( HGB 11,7 İLE 01/07/2020 TARİHİNDE 1 KUTU ALMIŞ OLUP 2 HFT SONRA 418 UYARI KODU İLE 2 KUTU ÇIKIŞI YAPILMIŞ )	ARANESP 20 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA ; 2 KUTU 15 GÜN ÖNCESİNDE ALINDIĞINDAN VE SONRAKİ ALIM SÜRESİ UZADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
51	ANTAX 1000 MG ORAL TOZ ICEREN 90 SASE ( CA*P 71,2 ODENMEZ. )	ANTAX 1000 MG ORAL TOZ ICEREN 90 SASE ; 11/09/2019 TARİHLİ TAHLİL BELGESİNE CA VE P DEĞERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
52	<ul style="list-style-type: none"><li>• URODAY 3 GR 1 SASE ( REÇETEDe UYGUN TEŞHİS YOK. )</li><li>• MAJİSTRAL İLAÇ ( REÇETEDe Psovate LOSYON 3 KUTU YAZIYOR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• URODAY 3 GR 1 SASE ; KAĞIT REÇETEDe UYGUN TEŞHİS OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li><li>• MAJİSTRAL İLAÇ ; KAĞIT REÇETEDe ÜÇ ADET YAZILI OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
53	<ul style="list-style-type: none"><li>• RIVELİME 10 MG 21 SERT KAPSUL ( :16358815-506.01-E.1045 TARİH:02.01.2020 HASTANIN 3 KÜRLÜK ONAYI MEVCUT.OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLMİŞ ANCAK 4. KUR</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RIVELİME 10 MG 21 SERT KAPSUL ;ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNİN SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE</li><li>• VALAMOR ; KÜR TEDAVİSİ KAPSAMINDA OLDUĞUNDAN BİR KÜRLÜK ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>VERİLMİŞ BU NEDENLE BEDELİ ÖDENMEDİ )</li> <li>VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET) ( VALAMOR TB 21 GÜN GÜNDE 3 ADET KULLANILIP BİR HAFTA ARA VERİLİP BİR SİKLUŞ TAMAMLANIYOR ECZANE SİSTEME GÜNDE3*1 OLARAK GİRMIŞ ANCAK 28 GÜNDE 63 ADET KULLANDIĞI İÇİN DOĞRU ŞEKİLDE GİRİLİNCE SİSTEM 1 KT BEDELİ ÖDEDİ /RAPORDA TEŞHİSE ESAS OLAN PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ TARİH SAYI VE MERKEZ YAZILI DEĞİL )</li> <li>RIVELİME 25 MG 21 SERT KAPSUL ( HASTAYA 23/01/2015 TARİHLİ RAPORLA VAD TEDAVİSİ VE BORTEZOMİP KULLANIMI İLE REVLİMİDE BAŞLANMIŞ 16/07/2018 YILINDA ÇIKAN RAPORDA ORGAN VE DOKU NAKLİ İCD KODU İLE RAPOR ÇIKARILMIŞ TRANSPLANTASYON SONRASINDA DİRENÇLİ HASTALIĞI OLAN MULTİPLE MYELOM (MM) HASTALARININ TEDAVİSİNDE,BEDELİ ÖDENİR AYRICA TANIYA ESAS OLAN PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN TARİH SAYI VE MERKEZİ BELİRTİLMEMİŞ)</li> <li>STİVARGA 40 MG 84 FILM KAPLI TABLET ( TAMAMININ KESİLME NEDENİ EKOG PERFORMANS SKORU SUTTA 0 LA 1 ARASIDA OLMALI YAZILI BU HASTADA SKOR 1 OLDUĞU İÇİN // TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RIVELİME; HASTANIN NAKİL OLMADIĞI TESPİT EDİLDİĞİNDEN VE RAPORDA TEŞHİSE ESAS BİLGİ, EVRE, DAHA ÖNCE TEDAVİ PLANI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li> <li>STİVARGA; ECOG SKORU 1 OLDUĞUNDAN VE PATOLOJİ SONUCU EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li> </ul>
54	UROREC 8 MG 30 KAPSUL (RAPORDAKİ İCD 10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)	UROREC 8 MG 30 KAPSUL;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
55	ORENCIA 250 MG KON. PERFUZYONLUK ÇÖZ.İÇİN TOZ İÇEREN FLK (RAPORDA HASTA ONAY FORMU BELİRTİLMEMİŞ.)	ORENCIA 250 MG KON. PERFUZYONLUK ÇÖZ.İÇİN TOZ İÇEREN FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
56	ILOMEDİN 20 MCG ML 1 ML 5 AMPUL (RAPOR UYGUN DEĞİL. ENDİKASYON UYUMU SARTI VAR.)	ILOMEDİN 20 MCG ML 1 ML 5 AMPUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
57	RESOURCE DIABET VANİLYA AROMALI 200 ML(200 KCAL) ( RAPORDA MAMA ADI YOK. )	RESOURCE DIABET VANİLYA AROMALI 200 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
58	ALIPZA 4 MG FILM TABLET (LDL DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)	ALIPZA 4 MG FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
59	FORTİNİ 1,0 MULTİ FİBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL) ( RAPORDA MAMA ADI YOK.)	FORTİNİ 1,0 MULTİ FİBRE 200 ML MUZ AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
60	ATOR 80 MG 30 FILM KAPLI TB.(2 LDL SONUCU YOK.)	ATOR 80 MG 30 FILM KAPLI TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
61	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (RAPORDAKİ GÜNLÜK KALIRI İHTİYACI KİLOKALORİ CİNSİNDEN BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>NUTRİVİGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) ( RAPORDAKİ GÜNLÜK KALIRI İHTİYACI KİLOKALORİ CİNSİNDEN BELİRTİLMEMİŞ. )</li> <li>ENSURE 2 CAL MUZ AROMALI 200 ML (400 KCAL ( RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>NUTRİVİGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ENSURE 2 CAL MUZ AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
62	ALATAB 600 MG 30 FTB ( DİYABETİK NÖROPATİK AĞRI VE PERİFERAL DİABETİK POLİNÖROPATİ SEMPTOMLARININ TEDAVİSİNDE ÖDENDİĞİNDEN. )	ALATAB 600 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
63	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (ENDİKASYON UYUMU ARANAN İLAÇLARDANDIR. PROSPEKTÜS ENDİKASYONUNA GÖRE RAPOR UYGUN	URSACTIVE 250 MG 100 KAP; SAFRA KESESİ TANI TANISINDA KATILIM PAYLI OLARAK ÖDENMESİNE.

	OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	
64	BONVIVA ROCHE 3 MG/3 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 1 KULLANIMA HAZIR SIRINGA ( RAPORDAKİ ICD-10 TANI İÇİN UYGUN DEĞİL. )	BONVIVA ROCHE 3 MG/3 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 1 KULLANIMA HAZIR SIRINGA ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
65	ARANESP 80 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ( RAPORDA ; DARBOPOETİN ALFAS 60 MG MEVCUTTUR. DOZ AŞIMI OLMUŞTUR. )	ARANESP 80 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ; E-REÇETEDEKİ DOZ 60 MCG Yİ GEÇTİĞİNDEN VE 70 MCG LİK FORM OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
66	GYREX 200 MG 30 FILM TABLET ( HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.)	GYREX 200 MG 30 FILM TABLET ;BİR ÖNCEKİ İLAÇ BİTİŞ TARİHİNDEN 15 GÜN ÖNCE VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
67	TAMPROST MR 0.4 MG 30 KAPSUL ( RAPOR İCD 10 KODU UYGUN DEĞİL. )	TAMPROST MR 0.4 MG 30 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
68	DERMOVATE 25 ML SAC LOSYONU ( MEDULLADAKİ DOZ GİRİLDİ )	DERMOVATE 25 ML SAC LOSYONU ;RAPORDAKİ DOZA GÖRE ÖDENMESİNE.
69	<ul style="list-style-type: none"><li>PINGEL 75 MG FILM TB. ( AÇIKLAMALAR BÖLÜMÜ UYGUN DEĞİL)</li><li>OPIREL 75 MG 28 FILM TABLET ( AÇIKLAMALAR UYGUN DEĞİL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PINGEL 75 MG FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>OPIREL 75 MG 28 FILM TABLET; RAPORUN AÇIKLAMA KISMINDA ANJIOGRAFİK OLARAK BELGELENMİŞTİR İBARESİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
70	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ( HASTA ONAY FORMU RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ )	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
71	SANDIMMUN NEO.100 MG.50 KPS. (L88 PYODERMA GANGRENOSUM "DA "İLACİN ENDİKASYONU, MAKSİMUM DOZU İÇİN İLACA VE SAHSA SB TARAFİNDAN VERİLEN RAPOR" İLE ÖDENİR )	SANDIMMUN NEO.100 MG.50 KPS; SUTUN EK-4/D LİSTESİNE GÖRE 13.8. PYODERMA GANGRENOSUM (L88) TANISINDA SIKLOSPORİNLER VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
72	FOSAMAX 70 MG 4 TB (RAPORDA SUTTA İSTENEN BÖLGENİN KMY SONUCU YOK.)	FOSAMAX 70 MG 4 TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
73	CETMONT 5/10 MG 30 FILM KAPLI TABLET( REÇETE YOK)	CETMONT; PRVİZYON ÇIKTISI OLDUĞU HALDE KAĞIT REÇETE BULUNAMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
74	PLAVİX 75 MG 28FTB (RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.)	PLAVİX 75 MG 28FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
75	URODAY 3 GR 1 SASE ( REÇETEDe İDRAR YOLU ENFEKSİYONU TEŞHİSİ OLMADIĞI HALDE 360 UYARI KODU SEÇİLEREK KAYDEDİLMİŞTİR )	URODAY 3 GR 1 SASE ;RAPORSUZ E-REÇETEDe İDRAR YOLU ENFEKSİYONU İLE İLGİLİ TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
76	SAIZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS ( HASTANIN İLACA BAŞLAMA KRİTERİ EKSİK.)(2019 RAPORUNDA)	SAIZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS ; 06/03/2019 TARİHLİ RAPORUNDA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
77	ENSURE 2 CAL CİLEK AROMALI 200 ML (400 KCAL) ( RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR )	ENSURE 2 CAL CİLEK AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
78	ABITIGA 250 MG FTB (RAPOR SUT A GÖRE EKSİK DÜZENLENMİŞ. )	ABITIGA 250 MG FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
79	<ul style="list-style-type: none"><li>ENSURE 2 CAL CİLEK AROMALI 200 ML (400 KCAL) ( RAPORUN SÜRESİ 12.AYDA DOLMUŞ. )</li><li>HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (RAPORDA İLAÇLARI MAKSİMUM DOZDA KULLANDIĞI YAZMIYOR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ENSURE 2 CAL CİLEK AROMALI 200 ML; 28/04/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>HUMIRA ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
80	NEVAKSON IM 1 GR.ENJ. ( AYNI ECZANE HASTA KAYITLARINDA 13.06.2020 DE KADIN DOĞUM UZMANI REÇETESİ İLE 6 KUTU NEVAKSON ALMIŞTIR. SEFTRİAKSON A-72: REÇETE EDİLME İÇİN EHU ONAYI GEREKMEYEN, ANCAK, AYNI İLAÇ 72 SAATTEN DAHA UZUN SÜRE KULLANILACAK İSE (EN GEÇ İLK 72 SAAT İÇİNDE ) EHUNUN ONAYININ ALINMASI GEREKEN	NEVAKSON IM 1 GR.ENJ ; REÇETE YAZILAN İLGİLİ MERKEZDE EHU OLMAMASINA RAĞMEN REÇETESİ İÇ HASTALIKLARI UZMANI YAZMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

	ANTİBİYOTİKLER. KAPSAMINDA ÖDENEN BİR İLAÇTIR. A-72 KAPSAMINDAKİ İLAÇLARDAN BİRİ KULLANILDIKTAN SONRA DİĞERLERİ EHU OLMASIZIN PEŞ PEŞE KULLANILAMAZ. HER İKİ REÇETEDE DE EHU ONAYI YOKTUR )	
81	<ul style="list-style-type: none"><li>COLNAR 10 MG 28 TABLET ( HT+HL HASTASI. BAŞLANGIÇ RAPOR ÖNCESİ SON 6 AY İÇİNDE EN AZ BİR HAFTA ARA İLE İKİ DEFA OLMAK ÜZERE, YAPILMIŞ KAN LİPİD DÜZEYLERİNİN HER İKİSİNDE DE YÜKSEK OLDUĞUNU GÖSTEREN TETKİK SONUÇLARI İLE ÖDENMEKTEDİR.)</li><li>COLNAR 10 MG 28 TABLET ( 19.04.18-24.01.19 ARASINDA STATİN KULLANIMINA ARA VERMİŞTİR. TEDAVİYE UZUN SÜRE ARA VEREN (6 AY VE DAHA UZUN SÜRE) HASTALARDA YENİDEN BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ ARANIR.( YÜRÜRLÜK:15/10/2016). 08/11/2016 TARİHLİ REÇETE TARİHİ VEYA GERİYE DÖNÜK EN FAZLA 6 AY ÖNCESİNE AİT SUT HÜKÜMLERİNE UYGUN LDL TAHLİL SONUCU VARSA TARİHİYLE BİRLİKTE RAPORA İLAVESİ GEREKİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>COLNAR 10 MG 28 TABLET ; RAPORDA KORONER ARTER TANISI DA BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li><li>COLNAR 10 MG 28 TABLET ; 24/01/2019 TARİHLİ İLGİLİ RAPOR VE BU RAPORDAKİ GÜNCEL LDL SONUCUNA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
82	DILATREND 6.25 MG.30 TAB ( RAPORDAKİ DOZU=1*1)	DILATREND 6.25 MG.30 TAB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
83	KIOVIG 2,5 GR/25 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTI İCEREN FLAKON ( RAPORDA EŞİT DOZDA SC. UYGULANMASI UYGUNDUR YAZMAKTADIR (4.2.12.B - (3) YALNIZCA SUBKÜTAN YOLLA KULLANILAN İMMÜNGLOBULİNLERİN BİRİNCİ FIKRANIN (G) VE (Ğ) BENTLERİNDE TANIMLANAN DURUMLARDA REÇETE EDİLMESİ) HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. )	KIOVIG 2,5 GR/25 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTI İCEREN FLAKON; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE SUTUN 4.2.12.B - (3) -G BENDİNDEKİ TANIYA UYDUĞU VE 418- REÇETESİZ İLAÇ GİRİŞİ YAPILDIĞI İÇİN ÖDENMESİNE.
84	ANRECTA %0,4 30 GR REKTAL MERHEM (369- KRONİK ANAL FİSSÜRLERE BAĞLI AĞRI..... UYARI KODU GİRİLEREK VERİLMİŞ. REÇTEDE AYNİ TANI YOK)	ANRECTA %0,4 30 GR REKTAL MERHEM ;E-REÇETE TANISI UYGUN GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
85	<ul style="list-style-type: none"><li>MERIONAL 75 IU LIYOFİLİZE 1 FLK. ( RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL. )</li><li>MERIONAL 150 IU LIYOFİLİZE 1 FLK. ( RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL. )</li><li>OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SİR ( RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL. )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
86	LANICZOL 5MG/100 ML IV INF İCİN KONSANTRE COZ İCEREN 1 FLK ( KMY ÖLÇÜM TARİHİNİN SONUCU RAPOR TARİHİNDEN SONRA OLDUĞUNDAN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR. AYRICA KMY ÖLÇÜMÜNÜN HANGİ BÖLGEYE AİT OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLMEMİŞTİR. )	LANICZOL 5MG/100 ML IV INF İCİN KONSANTRE COZ İCEREN 1 FLK ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
87	<ul style="list-style-type: none"><li>LAMERIS 800 MG 180 FTB ( RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL. )</li><li>ILOMEDİN 20 MCG ML 1 ML 5 AMPUL ( RAPOR ENDİKASYONU UYGUN DEĞİL. )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LAMERIS 800 MG 180 FTB ; İDAME RAPOR OLDUĞUNDAN VE E-REÇETEDeki GÜNCEL P DEĞERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li><li>ILOMEDİN 20 MCG ML 1 ML 5 AMPUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
88	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ( HASTANIN DM TANISI OLMADIĞI HALDE 254-DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATİ/DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI UYARI KODU GİRİLEREK İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORSUZ REÇETEDE DİYABETİK PERİFERİK POLİNÖROPATİ TANISI OLMADAN SİSTEME GİRİLDİĞİNDEN İTIRAZIN REDDİNE.
89	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA) (HASTANIN İLAÇ PROFİLİNDE 3 AY SÜRELİ İKS+LAMA TEDAVİSİNE RASTLANMADI)	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET; HASTANIN ÖNCEKİ KOAH RAPORLARINA VE RAPORDAKİ İBAREYE GÖRE ÖDENMESİNE.

90	VENTOLİN NEBULES 20 NEBUL ( AYNI ECZANE HASTA KAYITLARINDA 4*1 DOZ İLE VENTOLİN İNHALER MEVCUT. RAPOR DOZU 4*1 OLDUĞU HALDE İKİ FARKLI FORMDAN ALINMIŞTIR. AYNI RAPOR İLE İŞLEM YAPILMIŞ.)	VENTOLİN NEBULES 20 NEBUL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
91	PINGEL 75 MG FILM TB (RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.)	PINGEL 75 MG FILM TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
92	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (HEPATİK FİBROZ DA ÖDENMEZ)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP;11/02/2019 TARİHLİ GEÇERLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
93	ALATAB 600 MG 30 FTB (RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.)	ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
94	RESOURCE THICKEN UP CLEAR 125 G (İNME, KRONİK NÖROLOJİK BOZUKLUKLAR VE BAŞ BOYUN KANSERLERİ VE CERRAHİ REZEKSİYONDA GÖRÜLEN YUTMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKEN YETİŞKİNLERDE ÖDENİR.)	RESOURCE THICKEN UP CLEAR 125 G ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
95	<ul style="list-style-type: none"><li>DIVATOR 20 MG 30 FILM KAPLI TABLET (RAPORDA EN AZ 1 HAFTA ARA İLE YAPILMIŞ 2 LDL SONUCU OLMASI GEREKİYOR.)</li><li>TAMPROST MR 0.4 MG 30 KAPSUL (RAPORDA UYGUN ICD 10 KODU YOK)</li><li>JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET ( RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>DIVATOR 20 MG 30 FILM KAPLI TABLET; 2. TAHLİL SONUCU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>TAMPROST MR 0.4 MG 30 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
96	<ul style="list-style-type: none"><li>TRACLEER 62.5 MG 56 FILM TABLET (SUT 4.2.30.A-1 GEREĞİ VAZO REAKTİVİTE TEST SONUCU GEREKİR. ENDİKASYON UYUMU ARANMAKTA OLUP 18 YAŞ ALTI UYGUN DEĞİLDİR)</li><li>OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR (RAPOR 20.00 RAPOR KODUNDAN ÇIKARTILMIŞTIR. ENDİKASYON UYUMU ARANMAKTA DİR. RAPORDA UYGUN ICD VE TANI BULUNMADIĞINDAN RAPORSUZ HESAPLAMAK İSTENDİĞİNDE OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR İLACININ SÜRESİ DOLMAMIŞ) UYARISI ÇIKMIŞTIR.</li><li>PREGNYL 1500 IU I.M/S.C (RAPOR DOZUNA GÖRE HESAPLANDI)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TRACLEER 62.5 MG 56 FILM TABLET; SUTTA VE MEDULADA YAŞ SINIRLAMASI BULUNMAMAKTADIR. ANCAK KOMBİNE TEDAVİYE GEÇİLMEDİĞİNDEN, REÇETE TARİHİ İTİBARİYLE SUTUN 4.2.30.A-1-B MADDESİNE GÖRE 3.AY KONTROLÜNDE HEMODİNAMİ VE EKOKARDİYOGRAFİ VERİLERİNDE DÜZELME YADA STABİL KALMASI DURUMU BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.</li></ul>
96	<ul style="list-style-type: none"><li>OPIREL 75 MG 28 FILM TABLET (SUT UN MADDE 4.2.15.A/1,2,4 NOLU MADDELERİNE UYGUN OLMAYAN E-REÇETE.)</li><li>NEXIUM 40 MG 28 TABLET (E-REÇETED E TEDAVİ SÜRESİ 1 AY DİYE BELİRTİLDİĞİNDEN 1*1 DEN 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>OPIREL 75 MG 28 FILM TABLET;AYAKTAN RAPORSUZ REÇETED E TANI KORONER ARTER OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>NEXIUM 40 MG 28 TABLET;E-REÇETED E TEDAVİ SÜRESİ BİR AY OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
97	SIMPONI 50 MG ENJ ÇÖZ.İÇEREN KUL. HAZIR 1 KALEM (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ OLAN SIMPONI 50 MG ENJ İDAME TEDAVİ OLARAK SİSTEME GİRİLMİŞ BAŞLANGIÇ OLARAK DÜZELTİLİNCE SİSTEM TARAFINDAN 1 KUTU BEDELİ ÖDENDİ)	SIMPONI 50 MG ENJ ÇÖZ.İÇEREN KUL. HAZIR 1 KALEM;BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ UYARI KODU İLE GİRİLDİĞİNDE 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.