

11.03.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	NUTRISON ADVANCED DIASON 500 ML(515 KCAL) (raporda NUTRISON ADVANCED PEPTİSORB yazılı nutrison advanced diason verilmiş)	NUTRISON ADVANCED DIASON 500 ML(515 KCAL) ; 30.06.2020 TARİH 69413 SAYILI DİĞER RAPORUNA GÖRE ÖDENMESİNE
2	DEPREKS 20 MG.24 KAPSUL (SSRI) (rapor açıklamalar bölümünde 1 Yıl Süre ile Kullanımı Uygundur. 16/01/2020 14:54 ibaresi düşülerek çıkarılmış) (SUT hukuklarına göre depreks raporlarının suresi iki yıl olmasına rağmen doktor 1 yıl kullanmasını uygun görmüş)	DEPREKS 20 MG.24 KAPSUL (SSRI) ; RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE
3	FEMARIS PLUS 150 MG/5600 IU FILM KAPLI TABLET(3 FILM TABLET) (c) Patolojik kırığı olmayan 65 yaş altı hastalarda; lomber bölgeden posteroanterior yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde “T” değerlerinden herhangi birinin -3 veya daha düşük olması durumunda, RAPORDA KYM ÖLÇÜMÜ L1-L4 : -2,6 HASTA 62 YAŞINDA)	FEMARIS PLUS 150 MG/5600 IU FILM KAPLI TABLET(3 FILM TABLET) ; KALÇA PROTEZİ OLAN HASTANIN PATOLOJİK KIRIĞI OLMADIĞI, KOAH RAPORU İLE BİR KEZ İLAÇ ALIMI OLDUĞU VE 3 AY SÜRE İLE 5MG/GÜNDEN FAZLA KORTIKOSTEROİD KULLANIMI BULUNMADIĞI GEREKÇESİ İLE İTİRAZIN REDDİNE
4	BINOCRIT 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (hastanın güncel hg ferritin değeri olmadığı için kesildi.)	BINOCRIT 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; 05/01/20121 TARİHLİ 418 KODUyla VERİLEN İLA.LA İLGİLİ GÜNCEL HB , FERRİTİN DEĞERLERİ BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
5	BEBELAC LF 400 GR.TOZ(2.040 KCAL) (hastanede çocuk al.uz. var görünüyor)	BEBELAC LF 400 GR.TOZ(2.040 KCAL) ; HASTANIN 20.11.2019 TARİH 421015 NO'LU E-RAPORUNA GÖRE KATILIM PAYLI ÖDENMESİNE
6	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET (Hastanın risk faktörü yok.)	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
7	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA) (En az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA)ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan hastalarda bedeli mödenir raporda bu ibare var ancak hasta ilaç kullanmamış)	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA) ; İLK KOAH RAPORU İLE (İKS+LABA+LAMA) ÜÇLÜ KOMBİNASYONU VERİLDİĞİNDEN VE DAHA ÖNCE İDAME TEDAVİDE LABA+İKS TEDAVİSİ ALMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE.
8	SUTENT 50 MG 14 KAPSUL (ilacın raporda belirtilen güncel dozu girilmek istendiğinde hastanın daha önce aimiş olduğu 2D0AWJ7 nolu reçete dozu ile çakıştığından bedeli ödenmedi.ayrıca devam kriteri olan progresyonun olup olmadığıda raporda belirtilmemiş.)	SUTENT 50 MG 14 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
9	<ul style="list-style-type: none">• PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) (RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL.)• ZENTİCAVİR 0,5 MG 30 FTB (RAPORDA GÜNCEL HBS AG DURUMU BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE• ZENTİCAVİR 0,5 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
10	KAPEDA 500 MG 120 FTB (1 kürlük ödenir)	KAPEDA 500 MG 120 FTB ; RAPORLA İLGİLİ İLK HEKİM REÇETESİ 1 KUTU VE İLACIN POZOLOJİSİNE GÖRER 14 GÜN KULLANIMDAN SONRA 1 HAFTA ARA VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN 1 KÜRLÜK DOZ ÖDENMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
11	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (Her 6. doz	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; 26/03/2019 TARİHLİ

	uygulamasından sonra olmak üzere, hekimin belirleyeceği ara verme süresi sonunda nüks ortaya çıkması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla,verilmeye devam edilir bu hastada 6 doz almış bu 7. doz olduğu için bedeli ödenmedi)	RAPOR İL TEDAVİYE BAŞLAYAN HASTADA İLGİLİ RAPORDA TEDAVİDE NÜKS GÖZLENDİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
12	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (hasta bu raporla daha önce 13 kutu almış.)	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET ; İLGİLİ RAPORLA BİR YIL İÇİNDE 13 KUTU SINIRI AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
13	DIAMICRON MR 60 MG 60 TABLET (raporda 1*1, reçetede 1*2)	DIAMICRON MR 60 MG 60 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	PSORCUTAN BETA 50 MCG/G + 500 MCG/G MERHEM (RAPORDA AÇIKLAMA KISMINDA;İLAÇLAR, 1 YIL KULLANILMALIDIR İBARESİ VAR. O SÜREYİ GEÇMİŞTİR.)	PSORCUTAN BETA 50 MCG/G + 500 MCG/G MERHEM ; KASIM 2020 TARİHLİ REÇETESİNİ BU RAPORA İSTİNADEN CİLDİYE UZM. HEKİMİ YAZDIĞINDAN ÖDENMESİNE
15	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (rapor 09 2020 çıkmış tedaviye devam edilebilmesi için Rapor süresi 12 haftayı geçemez. İlk 12 haftalık omalizumab ile tedavi süresi sonunda yanıt alındığının raporda belirtilmesi koşuluyla hekim tarafından uygun görülen zaman dilimi sonrasında ikinci 12 hafta tedavi verilebilir 418 ile verilmeye devam edilmiş)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
16	DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI) (Antidepresan olarak kullanımında;6 aydan uzun süre kullanılması gereken durumlarda psikiyatri uzman hekimlerinin reçetelemesiyle ödenir.418 ile verilmiş)	DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI) ; 12/03/2019 TARİHLİ RAPOR İLE 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE RAPORDA VEYA REÇETEDe PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
17	LYRICA 225 MG 56 KAP (sisteme girilen uyarı kodu raporda yok)	LYRICA 225 MG 56 KAP ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
18	GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET (5 TABLET) (2 mg günde bir kez bir haftaya kadar kullanılır.)	GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET (5 TABLET) ; KEMOTERAPİYLE (5 GÜN) VE TAKİBEN 1 HAFTA KULLANILABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE
19	PLAVIX 75 MG 28 FTB (angiografik olarak belgelı olması gereklıdır)	PLAVIX 75 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	RESOURCE ENERGY KAYISI AROMALI 200 ML(300 KCAL) (istemsiz kilo kaybı olmadığı için kesilecek)	RESOURCE ENERGY KAYISI AROMALI 200 ML(300 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	KIOVIG 2,5 GR/25 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM ICIN COZELTI ICEREN FLAKON (Reçete 223 uyarı kodu seçilerek kaydedilmiştir. Ancak reçete Endikasyon Dışı izin verilen hekimin branşına göre düzenlenmemiştir.) - KIOVIG 30 GR/300 ML IV INF ICIN COZ ICEREN FLK (Reçete 223 uyarı kodu seçilerek kaydedilmiştir. Ancak reçete Endikasyon Dışı izin verilen hekimin branşına göre düzenlenmemiştir.)	KIOVIG 2,5 GR/25 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM ICIN COZELTI ICEREN FLAKON - KIOVIG 30 GR/300 ML IV INF ICIN COZ ICEREN FLK ; REÇETE TARİHİNDE İÇ HASTALIKLARI HEMATOLOJİ BRANŞINDA ASİSTAN HEKİM TARAFINDAN YAZILMIŞ E-REÇETE BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
22	ERBITUX 100 MG/20 ML IV INFUZYON ICIN COZ ICEREN 1 FLK (Açıklamalar SUT koşullarına uygun değil) - ERBITUX 500 MG/100 ML IV INFUZYON ICIN COZ ICEREN 1 FLK (Açıklamalar SUT koşullarına uygun değil)	ERBITUX 100 MG/20 ML IV INFUZYON ICIN COZ ICEREN 1 FLK - ERBITUX 500 MG/100 ML IV INFUZYON ICIN COZ ICEREN 1 FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
23	CIMZIA 200 MG/ML SC STERIL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (edavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık raporunda belirtilerek tedaviye devam edilir)	CIMZIA 200 MG/ML SC STERIL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR ; RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE
24	GLUTAMIN PLUS NOTRAL 30X22,4 G SASE (2420 KCAL) (rapor geçersiz kırmızı bantlı) - DIBEN DRINK ORMAN MEYVELERİ AROMALI (1X200ML)(300 KCAL) (rapor geçersiz kırmızı bantlı)	GLUTAMIN PLUS NOTRAL 30X22,4 G SASE (2420 KCAL) - DIBEN DRINK ORMAN MEYVELERİ AROMALI (1X200ML)(300 KCAL ; RAPORUN GEÇERLİ OLDUĞUNA DAİR HASTA BEYANINA GÖRE ÖDENMESİNE
25	XANAX 1 MG 50 TB (Rapordaki icd10 kodu uygun değil)	XANAX 1 MG 50 TB ; RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE
26	TACROLIN %0,1 MERHEM (30 GR) (şiddetli atopik dermatitin tedavisinde endikedir.)	TACROLIN %0,1 MERHEM (30 GR) ; Sağlık Bakanlığı Ek Onayı Alınmadan Kullanılabilecek Endikasyon Dışı Dermatoloji İlaçları listesine göre ödenmesine.

27	SERAIR 50/500 MCG CAPSAIR INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60 KAP (LABA+IKS) (Açıklamalar uygun değil) - BRONTIO 18 MCG 30 INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 30 KAP (LAMA) (Açıklamalar uygun değil	SERAIR 50/500 MCG CAPSAIR INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60 KAP (LABA+IKS) - BRONTIO 18 MCG 30 INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 30 KAP (LAMA) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
28	PRIVIGEN 10 G/100 ML IV INF COZ (418-Kronik hastalıklarda reçetesiz ilaç temini kapsamında kayda alınan reçeteler için reçete arkası çıktısı alınarak, çıktıya, ilaçları teslim alan kişinin T.C.Kimlik numarası, adı, soyadı yazılmalı ve çıktı teslim alan kişi tarafından imzalanmalıdır. Belge eksiktir.)	PRIVIGEN 10 G/100 ML IV INF ÇÖZ. ; DİLEKÇE EKİNDEKİ REÇETE ÇIKTISINA GÖRE ÖDENMESİNE
29	DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL (Oral Oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hastalar)	DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL ; RAPORSUZ REÇETEDe ORAL OKSİBÜTİNİN İNTOLERANSI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
30	<ul style="list-style-type: none"> HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (Biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 nonsteroid antiinflamatuvar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınamayan hastalarda kullanılır.Rapor açıklaması uygun değil.) ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşınca tedavi kesilir.İdame tedavi sırasında ve/veya tedaviye yeniden başlandığında TSAT >%20 ve/veya ferritin >100 µg/L olmalıdır.) 	<ul style="list-style-type: none"> HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ; GÜNCEL KAN TAHLİLİ EKLENMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
31	LYRICA 150 MG 56 KAPSUL (2 ay Süre İle Kullanımı Uygundur. 04/03/2020 14:26 ibaresi ile rapor çıkarıldığı için bedeli ödenmedi)(SUT hükümlerine göre rapor süresi 2 yıl olmasına rağmen doktor 2 ay kullanımı uygun görülmüş)	LYRICA 150 MG 56 KAPSUL ; RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE
32	<ul style="list-style-type: none"> EZETROL 10 MG.28 TABLET (Rapor sut a uygun değil.) ENJEKTOR 5 CC (Rapor sut a uygun değil.) FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP (Rapor sut a uygun değil 2DC4CX1 - GYREX 25 MG 30 FILM TABLET (Rapordaki doza göre kesildi.) 	<ul style="list-style-type: none"> EZETROL 10 MG.28 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE ENJEKTOR 5 CC ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP ; RAPOR DOZU OLAN GÜNDE 1*1 DEN HESAPLANARAK ÖDENMESİNE.
33	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (raporda mamanın adı yazmıyor)	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) ; 09.10.2019 TARİHLİ RAPORDA MAMA ADI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
34	TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET (RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.)	TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
35	EFEKOR XR 37.5 MG 14 MIKROPELLET (SNRI) (RAPORU PSİ.UZ ÇIKARMSI GEREKİYOR.)	EFEKOR XR 37.5 MG 14 MIKROPELLET (SNRI) ; 10/05/2019 TARİHLİ RAPOR İLE 6 AYDAN FAZLA SÜRE ANTİDEPRESAN TEDAVİ ALINDIĞI HALDE RAPORDA YADA REÇETEDe PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
36	BEBELAC LF 400 GR.TOZ(2.040 KCAL) (Hasta 2 yaşından büyük.)	BEBELAC LF 400 GR.TOZ(2.040 KCAL) ; RAPORDA BELİRTİLEN İNEK SÜTÜ ALERJİSİ TANISINDA 2 YAŞINA KARDAR KULLANILABİLECEĞİNDEN VE REÇETE TARİHİNDE 2 YAŞ GEÇTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
37	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL) (Doğumdan itibaren 8 kg veya 18 aylık olana kadar kullanılmalıdır.)	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
38	THINCAL 120 MG 84 KAP (22.02.2021 tarihli iadeye mesaj ile bildirilmesine rağmen tamamlanmamıştır)	THINCAL 120 MG 84 KAP. ; 14.12.2020 TARİHLİ REÇETEYİLE İLGİLİ OLAN 05.10.2020 TARİHLİ RAPOR UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
39	JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET (raporda ilaçları maksimum dozda kullandığı belirtilmemiş.)	JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
40	<ul style="list-style-type: none"> IMNOVID 4 MG 21 SERT KAPSUL (hastanın rapor açıklamaları yeterli değil,3. ve 6. kür sonrası bilgiler eksik ve patoloji rapor bilgileri raporda yok) 	<ul style="list-style-type: none"> IMNOVID 4 MG 21 SERT KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE REVLIMID 25 MG 21 SERT KAP ; RAPORA

	<ul style="list-style-type: none"> REVLIMID 25 MG 21 SERT KAP (hastanın raporu sut kriterlerine uygun değildir.) EUTHYROX 75 MCG 50 TABLET (rapordaki doza göre düzeltili.) 	<ul style="list-style-type: none"> YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE EUTHYROX 75 MCG 50 TABLET ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REEDİNE
41	ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL (Hasta 23.09.2020 tarihinde üroloji muayenesi olmuştur.İlaça başlangıçtan 3 ay ve 6 ay sonraki değerlendirmeler yapılmamıştır.)	ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
42	NEOCATE 400 GR(1.900 KCAL) (23/12/2020'de 7 kutu almış)	NEOCATE 400 GR(1.900 KCAL) ; 23/12/2020 TARİHLİ REÇETEDe RAPORA UYGUN OLARAK AYDA 8*3 ÖLÇEK GİRİLDİĞİNDE 7 KUTUSU 26 GÜNDE BİTTİĞİNDEN VE 04/01/2021 TARİHİNDE 15 GÜN ÖNCESİNDE ALDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
43	FORTINI MULTI FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML (300 KCAL) (rapordaki doza göre düzeltili.)	FORTINI MULTI FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML (300 KCAL) ; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE GÜNDE 3*1 ŞEKLİNDE DÜZELTİLEREK İŞLEM YAPILMASINA
44	GLUCERNA SR VANILYA AROMALI 230 ML.(206 KCAL) (raporda mamanın tam adı yazmıyor.)	GLUCERNA SR VANILYA AROMALI 230 ML.(206 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
45	LIPANTHYL 267 M KP. (tg sonucu uygun değil)	LIPANTHYL 267 M KP. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
46	PSOVATE %0,05 50 GR KREM (raporda günde 1gr kullanılacağı yazılı) - CLOVATE %0,05 COZELTI (25 ML) (raporda klobetazol propionat günde 1gr yazılı hem psovate krem hem clovate sol verilmiş bu nedenle bedeli ödenmedi)	PSOVATE %0,05 50 GR KREM - CLOVATE %0,05 COZELTI (25 ML) ; HER İKİ İLAÇ İÇİN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE HESAPLANIP ÖDENMESİNE
47	ENSURE 2 CAL MUZ AROMALI 200 ML (400 KCAL (raporda istemsiz kilo kaybı olduğu yazmıyor.) - NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SISE(330 KCAL) (raporda istemsiz kilo kaybı olduğu yazmıyor.)	ENSURE 2 CAL MUZ AROMALI 200 ML (400 KCAL - NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SISE(330 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
48	STELARA 45 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (orta şiddetli hastalıkta Tedaviye başlandıktan 1 yıl sonra yeni düzenlenecek raporda yukarıdaki kriterlerle, hastanın tedaviye devam edilir)	STELARA 45 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; PANDEMİ ÖNCESİ RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE
49	DULESTER 30 MG 28 KAP (hastanın trdavisı 09 2019 tarihli rapor ile nöroloji uzmanı tarafından başlanmış sut hükmüne göre 6 ay sonra psikatr uzmanı tarafından devam etmeli)	DULESTER 30 MG 28 KAP ; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI BULUNDUĞU HALDE RAPORDA VEYA REÇETEDe PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ OLMADIĞINDAN KEŞİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMESİNE
50	BARACLUE 0.5 MG 30 FILM TABLET (hasta 1 yıldan daha fazla süredir immunsupresif tedavi almıyor.)	BARACLUE 0.5 MG 30 FILM TABLET ; İMMUNOSUPRESİ TEDAVİ İLE 2016 YILINDA BAŞLAYAN TEDAVİDE EN SON KANSER RAPORU 24/02/2018 TARİHİNDE BİTTİĞİNDEN VE BU TARİHTEN SONRA EN FAZLA 12 AY DAHA ANTİVİRAL KULLANILABİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
51	REFACTO AF 250 IU IV ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU 1 FLK (Rapor profeksi raporu gibi düzenlenmiş ancak bilgiler (Faktör düzeyi %1 veya altında ve/veya ayda üçten fazla kanaması) yok. "Aktif kanaması olduğunda" şeklinde genel ifade yazılmış. Ancak aktif kanaması olduğuna dair bilgi (kanama yeri vb.) bilgi olmadığı gibi teşhis kodu da yok.)	REFACTO AF 250 IU IV ENJ COZ ICIN TOZ VE COZUCU 1 FLK. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
52	<ul style="list-style-type: none"> NERUDA 400 MG 50 FTB (Sistemde kayıtlı diyabet raporu veya ilacı bulunmamaktadır) OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (Kronikleşmemiş, gebelikte gelişen durumlarda ;CLEXANE 20.00 KATILIM PAYLI (O22.3 DERİN FLEBOTROMBOZ GEBELİKTE) olarak ödenir.Katılım payı kesildi) 	<ul style="list-style-type: none"> NERUDA 400 MG 50 FTB ; HASTANIN 2018 DEN İTİBAREN DİYABETİK NÖROPATİ TANILI RAPORU OLDUĞUNDAN ECZANEYE ÖDENMESİNE. OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR ; RAPOR VE REÇETEDe GEBELİL İLE İLGİLİ TANI OLMADIĞINDAN RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE
53	ALATAB 600 MG 30 FTB (sisteme girilen uyarı kodu raporda yok)	ALATAB 600 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

54	DROPOETIN 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN KULL HAZIR 6 SIRINGA (güncel hg ferritin değeri bulunmadığı için kesildi.)	DROPOETIN 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN KULL HAZIR 6 SIRINGA ; DİLEKÇE EKİNDEKİ GÜNCEL KAN TAHLİLİNE GÖRE ÖDENMESİNE
55	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (6 ay süreli sağlık kurulu raporunda belirtilmesi koşulu ile hastaların tedavisine devam edilebilir. Tedavinin devamında DAS 28 kriterine 6 ayda bir bakılır, başlangıç ve yeni DAS 28 skorları her sağlık kurulu raporunda belirtilir. Tedaviye rağmen hastanın DAS 28 skorunda, başlangıç DAS 28 skoruna göre, 1,2 puandan fazla düşme olmaması halinde tedavi sonlandırılır.)	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR ; PSÖRİYATİK ARTRİT İDAME RAPORUNDA PSARC YANITI MEVCUTTUR İBARESİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
56	PERFOSE 800 MG 180 FTB (Sevelamer ve lantanyum karbonat kombine olarak kullanılamaz) (Madde 4.2.9.B/5).	PERFOSE 800 MG 180 FTB ; LANTANYUM KARBONAT İLGİLİ REÇETEDEN SONRA KARŞILANDIĞINDAN ÖDENMESİNE
57	LYRICA 300 MG 56 KAPSUL (rapordaki ıcd10 kodu uygun değil.)	LYRICA 300 MG 56 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
58	NEURONTIN 800 MG.50 CEN.FILM TB. (Raporda uygun ıcd10 kodu yok)	NEURONTIN 800 MG.50 CEN.FILM TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
59	COLIDUR 200 MG 12 FTB (SUT Madde 4.1.9/1; EK-4/A YA UYGUN OLMADIĞI İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILDI.)	COLIDUR 200 MG 12 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
60	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK. (REMICADE, kortikosteroidler ve merkaptopürin (6-MP) veya azatiyoprin (AZA) ile uygun dozlarda ve sürede yapılan konvansiyonel tedaviye yetersiz yanıt veren ya da tolere edemeyen veya bu terapiler için tıbbi kontrendikasyonları olan hastalarda orta ila şiddetli aktif ülseratif kolit bulgularının devam etmesi halinde kullanılır.)	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
61	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (3 aylık tedavi sonrasında (BASDAİ'de 2 birimden daha az düzelleme olması durumunda bedeli ödenir)	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM ; 418 REÇETESİZ İLAÇ KAPSAMINDA ÖDENMESİNE
62	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL) (Sistemde kayıtlı demans ve kanser ilacı bulunmamaktadır.Malnutrisyon olarak değerlendirilerek katılım paylı ödendi)	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
63	MOXAI 400 MG 7 FTB (KAĞIT REÇETE PROT.NO:20, 19.12.2020 TARİHLİ (HASTA:S..... G..., DR.S..... A.... KBB UZM.MERSİN TOROS DEVLET HAST.)KURUMA GÖNDERİLENLER ARASINDA YOKTUR) - PANTACTIVE 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TB (KAĞIT REÇETE PROT.NO:20, 19.12.2020 TARİHLİ (HASTA:S...İ G..., DR.S..... A..... KBB UZM.MERSİN TOROS DEVLET HAST.)KURUMA GÖNDERİLENLER ARASINDA YOKTUR	MOXAI 400 MG 7 FTB - PANTACTIVE 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TB ; KAĞIT REÇETE ASLINA GÖRE ÖDENMESİNE
64	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(GEBELİKTE KATILIM PAYLI ÖDENİR)	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; RAPOR VEYA REÇETEDEN GEBELİK İLE İLGİLİ TEŞHİS OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE
65	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (Raporda ilaçları maksimum dozda kullandığı yazmıyor)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
66	DIASIP VANILYA 200 ML(200 KCAL) (Raporda mamanın tam adı yazmıyor.)	DIASIP VANILYA 200 ML(200 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
67	<ul style="list-style-type: none"> GINGUS INTENS 120 MG 30 FILM TABLET (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.) PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ ICEREN AMP 1 ML 5 AMP (RAPOR SERUM CA VE P DEĞERLERİ UYGUN DEĞİL.GÜNCEL TAHLİL SONUÇLARI YOK.BUNA RAĞMEN İLACIN HER İKİ FORMU KULLANILIYOR.) - CYNACAL 30 MG 28 FILM TABLET (GÜNCEL TAHLİL SONUÇLARI YOK.) VENOFER AMPUL (RAPOR UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> GINGUS INTENS 120 MG 30 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ ICEREN AMP 1 ML 5 AMP - CYNACAL 30 MG 28 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE VENOFER AMPUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
68	OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (ilk reçetelenen	OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; İLK

	miktar kadar girildi.)	DOKTOR REÇETESİNDE 30 ADET YAZILI OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
69	GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON İCİN COZ ICEREN 1 FLK (İlk rapor ve rapor öncesi yeterli süre steroid tedavisi yok (SUT 4.2.12.B - f) Kronik İnflamatuvar Polinöropati (CIDP) ve Multifokal Motor Nöropati (MMN) endikasyonlarında ise steroid tedavisine) (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap)	GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON İCİN COZ ICEREN 1 FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
70	TRUXIMA 500 MG/50 ML IV INFUZYON İCİN KONSANTRE COZELTI ICEREN FLAKON (Endikasyon dışı onayının süresi dolmuş.)	TRUXIMA 500 MG/50 ML IV INFUZYON İCİN KONSANTRE COZELTI ICEREN FLAKON ; ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGELERİNİN SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
71	ONGLYZA 5 MG 28 FILM KAPLI TABLET (raporda sut a uygun açıklama yok)	ONGLYZA 5 MG 28 FILM KAPLI TABLET ; İLAÇ İÇİN İSTENEN AÇIKLAMA RAPORDA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
72	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET (Açıklamalar uygun değil)	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
73	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET (metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; kullanılabilir.)	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
74	DIAMICRON MR 60 MG 30 TABLET (rapordaki doz 1*1 olduğu halde 2*1 girilmiştir)	DIAMICRON MR 60 MG 30 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE