

## 11.08.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET(RAPORDA KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)</li><li>COPLANIN 400 MG IM/IV ENJ COZ İÇİN LIYO TOZ İÇEREN 1 FLK (İLACIN PROSPEKTÜSÜNE GÖRE 4 AYDAN UZUN SÜRELİ BU İLAÇ KULLANILMAYACAĞI İÇİN KESİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>COPLANIN 400 MG IM/IV ENJ COZ İÇİN LIYO TOZ İÇEREN 1 FLK;GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
2	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML (200 KCAL)(HASTA 18 AYDAN BÜTÜK OLDUĞU İÇİN KESİLDİ.)	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML;17.KOM.KALAN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
3	<ul style="list-style-type: none"><li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ( LUCENTİS 10MG.İLE TEDAVİYE DEVAM EDİLMESİNE YÖNELİK KRİTERLER YETERSİZDİR. )</li><li>XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 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 BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA )</li><li>GLINIUM 50 MCG INHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA)( GERİ ÖDEME KRİTERLERİNİ KARŞILAMAMAKTADIR4.2.24 - SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI İLAÇLARI KULLANIM İLKELERİ )</li><li>ATOR 80 MG 30 FILM KAPLI TB.( GERİ ÖDEME KRİTERLERİNİ KARŞILAMAMAKTADIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LUCENTIS ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>XOLAIR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>GLINIUM-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>ATOR ; İKİNCİ LDL DEĞERİ KEŞİNTİDEN SONRA EKLENMESİNE RAĞMEN RİSK FAKTÖRLERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>HIZENTRA 2 G/10 ML S.C UYGULAMA İÇİN ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ.(1 FLAKON)(SUT KURALINA GÖRE İDAME TDV 0,4-1 G/KG MAX DOZ 3-4 HAFTADA 1-2 GÜNDE UYGULANIR. RAPOR DOZUNA 0,4 G/KG UYGULANACAĞINDAN 75 KG HASTA İÇİN 30 GRAM ÖDENİR.)</li><li>HIZENTRA 4 G/10 ML S.C UYGULAMA İÇİN ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ.(1 FLAKON)(SUT KURALINA GÖRE İDAME TDV 0,4-1 G/KG MAX DOZ 3-4 HAFTADA 1-2 GÜNDE UYGULANIR. RAPOR DOZUNA 0,4 G/KG UYGULANACAĞINDAN 75 KG HASTA İÇİN 30 GRAM ÖDENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>SUTUN 4.2.12-B-1-H MADDESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
5	PEDİASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML (330 KCAL) (RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	PEDİASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	FULSAC 20 MG.24 KAPSUL (SSRI) ( HASTAYA 16 YAŞINDAYKEN ÇIKAN RAPOR İLE REÇETESİZ VERİLMeye DEVAM EDİLMİŞ (ERİŞKİNLER VE YAŞLILARDA KULLANILMASI DURUMUNDA ÖDENİR)	FULSAC 20 MG.24 KAPSUL;YETİŞKİNLERDE KULLANIMI OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7		

8	PLAVIX 75 MG 28 FTB( EŞLEŞTİRİLEN RAPORDA E-RAPOR KRİTERLERİ UYGUN DEĞİLDİR.SİSTEMDEKİ 16.06.22 TARİHLİ DİĞER RAPORUNDA RAPOR TANISI UYUMSUZDUR.)	PLAVIX 75 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	KETOSTERİL 100 FILM TB. ( (1) SERUM ALBUMİN DÜZEYİ < 3,5 G/DL OLAN; EVRE 4 KBH (GLOMERÜLER FİLTASYON HIZI <30 ML/DAK) VEYA EVRE 5 KBH (DİYALİZ HASTALARI DAHİL) HASTALARINDA; A) SON 3 AYDA AĞIRLIĞINDA %10 VE DAHA FAZLA KİLO KAYBI OLMASI VEYA B) VÜCUT KİTLE İNDEKSİ ( BMI = BODY MASS INDEX ) 19 UN ALTINDA OLMASI, HALİNDE TEDAVİYE BAŞLANIR. )	KETOSTERİL 100 FILM TB. ;EKLELEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET ( HASTANIN 2018 DEKİ İLAÇ DEĞİŞİMİ SUT A UYGUN DEĞİL. )	BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	BARACLUDE 1 MG 30 FILM TABLET ( ERİŞKİN HASTALARDA; GÜNDE0.5 MG ENTEKAVİR İLE TEDAVİYE BAŞLANIR BU HASTADA 1MG İLE BAŞLANMIŞ AYRICA BAŞLANDIĞI TARİHTEKİ SUT HUKUMLARI RAPORDA EKSİK OLARAK BELİRTİLMİŞ)	BARACLUDE 1 MG 30 FILM TABLET; MEDULADA 2007 YILINDA HEPSERA İLE TEDAVİYE BAŞLADIĞI VE 2009 YILINDA BARACLUD A GEÇİŞ YAPTIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ( 0,75*71,1 =53,32 OLDUĞU İÇİN ARANESP 50MCG VERİMESİ GEREKİR)	ARANESP 60 MCG; E-REÇETEDEKİ DOZUN 50 MCG AŞMASI NEDENİYLE ÖDENMESİNE.
13	EZETROL 10 MG.28 TABLET ( RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK VE LDL SONUCU UYGUN DEĞİL.)	EZETROL 10 MG; 15/04/2022 TARİHLİ RAPORA EKLELEN LDL İLE İLGİLİ BELGE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	INFATRINI 200 ML (200 KCAL) ( İNFATRİNİ 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE HASTALIĞA BAĞLI MALNÜTRİSYON OLAN HASTALARDA BEDELI ÖDENİR )	INFATRINI 200 ML; HASTANIN TEMMUZ 2022 DE KİLOSUNUN 9 KG GEÇTİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE YAŞI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL)( 274 UYARI KODU GİRİLEREK VERİLMİŞ. HASTANIN NÖROPATİK AĞRISI VAR. NÖROPATİK AĞRI İÇİN ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMAYAN RAPOR.)</li> <li>LATİXA 500 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB( SUT 4.2.15-F-YE GÖRE ÖDEME KOŞULUNA UYGUN OLMAYAN RAPOR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DUXET; NÖROPATİK AĞRI TANISINDA RAPORU VE REÇETEYİ İLGİLİ UZMAN YAZMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>LATİXA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
16	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET ( RAPORDA ENDİKASYON EKSİK BELİRTİLMİŞ.)	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	RESOURCE ENERGY CİLEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL) ( RESOURCE ENERGYNİN İLİŞKİLİ OLDUĞU RAPOR SİSTEME GIRILINCE 8690632990811 BARKODLU İLACIN AYAKTAN RAPORLU ÖDENMESİ İÇİN GEREKLİ ŞARTLAR SAĞLANAMIYOR. SEBEP(LER)İ ; * MAKSİMUM RAPOR SÜRESİ UYUMSUZ, (337714) UYARISI VERİLİYOR YENİ TARİHLİ RAPORDA İSE PROSURE VE NUTRIVIGOR YAZILI)	RESOURCE ENERGY CİLEK AHUDUDU AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	DEFEJACT 500 MG DAGILABİLİR TABLET (28 TABLET)(TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILMASI GEREKTİĞİNDEN REÇETESİZ KARŞILAMAZ)	DEFEJACT 500 MG DAGILABİLİR TABLET ; EKLELEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.

19	RESOURCE GLUTAMİN 100 G (5GRX20SASE)(400 KCAL)( RAPORDA BELİRTİLEN GÜNLÜK KİLOKALORİ İHTİYACINA UYGUN ÖDENDİ) 2NHZ1QQ - NUTRISON ADVANCED DIASON 500 ML(515 KCAL)( RAPORDA BELİRTİLEN GÜNLÜK KİLOKALORİ İHTİYACINA UYGUN ÖDENDİ.)	RESOURCE GLUTAMİN 100 G; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>RESOURCE JUNIOR FİBRE MUZ AROMALI 190 ML (300 KCAL)( RAPORDA RESOURCE JUNİOUR FİBER MAMA 2X1 200 ML KULLANMASI UYGUNDUR. RAPOR 3 AYLIK 20/08/2021 11:52 OLARAK BELİRTİLDİĞİ İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)</li> <li>SANDOSTATİN-LAR 20 MG.1 FLK ( YALNIZCA İNTESTİNAL VE PANKREATİK FİSTÜLLERİN TEDAVİSİ VE GASTROİNTESTİNAL SİSTEMDE GÖRÜLEN ENDOKRİN TÜMÖRLERİN AŞIRI SEKRESYONLARININ SEMPTOMATİK TEDAVİSİ ENDİKASYONLARINDA ÖDENİR.)</li> </ul>	SANDOSTATİN-LAR 20 MG.1 FLK; RAPOR TANISINA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
21	HUMIRA 20 MG/0,2 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 2 ADET ENJEKSİYON (ANTI TNF) ( SADECE METOTREKSAT İLE 3 AYLIK TEDAVİ UYGULANMIŞ OLUP SUT'A GÖRE EN AZ 3 FARKLI HASTALIK MODİFİYE EDİCİ ANTİROMATİZMAL İLACI, EN AZ ÜÇER AY KULLANMIŞ OLMASI ŞARTI VAR )	HUMIRA 20 MG/0,2 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 2 ADET ENJEKSİYON; JUVENİL R.A. TANISINA GÖRE AÇIKLAMA OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXJADE 125 MG SUDA DAGILABİLEN 28 ( TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN MİKROGRAM/L DEĞERLERİ BİLİNMEDEN DOZ AYARLAMASI YAPILAMAZ )(22/04/2021 TARİHLİ FERRİTİN DEĞERİ 521,0 İLE 1 YILDAN FAZLA SÜREDİR VERİLMİŞ)</li> <li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNMAMAKTADIR)</li> <li>FORZİGA 10 MG 28 FTB ( JARDIANCE VE FORZİGA SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR SODYUM-GLUKOZ CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) İNHİBİTÖR İLACI MEVCUT OLUP HER İKİSİNİN BİRLİKTE KULLANIMIYLA GÜNLÜK MAX DOZ AŞILMIŞTI)(DAPA VE EMPAGLİFLOZİN)</li> <li>ALIPZA 2 MG FİLM TABLET ( SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR HMG COA REDÜKTAZ İNHİBİTÖR (ATORVASTATİN-LİPİTÖR) İLACI MEVCUT )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXJADE 125 MG SUDA DAGILABİLEN 28; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>FORZİGA 10 MG 28 FTB;EMPAGLİFOZİN RAPORUYENİLENMİŞ VE DAPAGLİFLOZİN İLE BİRLİKTE VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>ALIPZA 2 MG FİLM TABLET; ATORVASTATİN İLE BİRLİKTE VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
23	<ul style="list-style-type: none"> <li>PROTIFAR 225 GR.(828 KCAL)( RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.)</li> <li>FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL) ( RAPORDAKİ KALORİ MİKTARINA GÖRE DÜZELTİLDİ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PROTIFAR 225 GR;RAPORDAKİ E88 TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML;RAPORDAKİ KALORİ MİKTARINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
24	OLICLINOMEL N4-550E İNFUZYONLUK ELEKTROLİTLİ AMİNO( RAPORDA HASTANIN ORAL VE TUPLE BESLENEMEDİĞİ BELİRTİLMEMİŞ.)	OLICLINOMEL N4-550E İNFUZYONLUK ELEKTROLİTLİ AMİNO; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	SYNJARDY 12,5MG/1000 MG 60 FİLM KAPLI TABLET ( SYNJARDY VE FORZİGA SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR SODYUM-GLUKOZ CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) İNHİBİTÖR İLACI MEVCUT (DAPA VE EMPAGLİFLOZİN) )	SYNJARDY 12,5MG/1000 MG 60 FİLM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

26	ALATAB 600 MG 30 FTB (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
27	EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB ( RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK )	EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
28	PEDIASURE MUZ AROMALI 220 ML SİSE(220 KCAL) ( RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR )	PEDIASURE MUZ AROMALI 220 ML SİSE ; OCAK 2020 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	QUANTAVİR 1 MG 30 FTB ( ORAL ANTİVİRAL TEDAVİYE;0,5 MG İLE BAŞLANIR)	TEDAVİYE 29/01/2021 TARİHLİ REÇETEYLE 0,5 MG DOZUYLA BAŞLADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE
30	FINGYA 0,5 MG 28 KAP ( HASTALIK AKTİVİTESİ ÖZELLİKLERİNDEN EN AZ İKİSİNİ TAŞIYAN HASTALARDA KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. 1) SON 1 YIL İÇİNDE EN AZ BİR ATAK GEÇİRMİŞ OLMAK, 2) BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG'LERDE LEZYON YÜKÜNDE (YENİ T2 LEZYON, AKTİF LEZYON VEYA MEVCUT LEZYONDA BÜYÜME) ARTIŞ, 3) DOĞRULANMIŞ (6 AY İÇİNDE GERİ DÖNÜŞÜMSÜZ) EDSS ÖLÇEĞİNDE EN AZ 0,5 PUAN ARTIŞI.TEDAVİ ALTINDA İKEN EDSS 6,5 ÜZERİNDE OLAN MS HASTALARINDA BU TEDAVİLER SONLANDIRILIR)	FINGYA 0,5 MG 28 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
31	EXCIPIAL LIPO %4 EMULSİYON 200 ML ( ENDİKASYON UYUMU ARANAN İLAÇLARDAN, TEŞHİS UYGUN DEĞİL. )	EXCIPIAL LIPO %4 EMULSİYON 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
32	XARELTO 20 MG 28 FTB ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB;09/06/2022 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
33	<ul style="list-style-type: none"><li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ( 254 KODU İLE VERİLMİŞ, RAPOR UYGUN DEĞİL.)</li><li>LATIXA 750 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB ( RAPOR UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>LATIXA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
34	<ul style="list-style-type: none"><li>GRANEXA 1 MG FILM KAPLI TABLET (10 TABLET)( KEMOTERAPİYİ TAKİBEN GÜNDE İKİ KEZ BİR TABLET (1 MG) VEYA 2 MG GÜNDE BİR KEZ BİR HAFTAYA KADAR KULLANILIR)</li><li>VALTRES 1000 MG 21 FTB ( REÇETEDEKİ TANI HERPES VİRÜS ÇERPES SİMPLKSĞ ENFEKSİYONLARI SUT HUKUMLERINE GÖRE HERPES LABİALİS ENDİKASYONUNDA; UHP KOŞULU İLE EN KÜÇÜK DOZ VE EN KÜÇÜK AMBALAJ FORMU ÖDENİR. )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>GRANEXA 1 MG ; AYDA 4 KEZ KEMOTERAPİ ALDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li><li>VALTRES 1000 MG 21 FTB;E-REÇETE TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
35	XARELTO 20 MG 28 FTB ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA; BEDELI ÖDENİR )	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
36	ULTROX 10 MG 28 FILM TABLET ( HASTANIN İLK REÇETESİNE GÖRE KESİNTİ YAPILDI )	ULTROX 10 MG 28 FILM TABLET; 20 MG FORM İLE BİRLİKTE REÇETESİZ VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
37	THINCAL 120 MG 84 KAP (YAZILAN HER REÇETEYE, HASTANIN BİR ÖNCEKİ REÇETEYE GÖRE KAYBETTİĞİ KİLO,DİYET VE EGZERSİZE UYDUĞU, BMI DEĞERİ HEKİM TARAFINDAN YAZILARAK ONAYLANMALIDIR HASTANIN 4. AYDAKI KİLOSUNDA VE BMI DEĞERİNDE 6.AYDA DEĞİŞİKLİK OLMADIĞI İÇİN BEDELI	THINCAL 120 MG 84 KAP ;DOKTORDAN ALINAN YAZIYA GÖRE ÖDENMESİNE.

	ÖDENMEMİŞTİR)	
38	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL) ( HASTA KİLOSU 20.01.2022 TARİHİNDE 9 KG DUR YAŞ 3TÜR ÖDEME DIŞI )	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML; HASTA YAŞI VE KİLOSU UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
39	IMPACT GLUTAMİN 500 ML(565 KCAL) ( RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR )	IMPACT GLUTAMİN 500 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
40	ULTROX 20 MG 28 FILM TABLET ( ULTROX;RAPOR TARİHİNDEN SON 6AY ÖNCESİNE AİT STATİN KULLANIMI OLMADIĞINDAN BAŞLANGIÇ RAPORU OLARAK DEĞERLENDİRİLMİŞTİR.RAPOR TARİHİYLE UYUMLU LDL ÖLÇÜM SONUCU RAPORA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.ECZANE TARAFINDAN HİÇBİR İŞLEM YAPILMAMIŞTIR,İADE REÇETE SONLANDIRILMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	ULTROX 20 MG 28 FILM TABLET;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
41	<ul style="list-style-type: none"> <li>EZETEC 10 MG 28 TABLET (RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK )</li> <li>LIPITOR 10 MG.30 FILM TB. ( HASTA İLACA ARA VERMİŞ VE YENİ LDL SONUCU YOK )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EZETEC-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>LIPITOR-TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
42	FEROUT 360 MG 30 FILM KAPLI TABLET( TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU <3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN <300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.2019 YILINDAKI FERRİTİN DEĞERİ İLE VERİLMEYE DEVAM EDİLMİŞ)	FEROUT 360 MG 30 FILM KAPLI TABLET; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
43	LIFECHEK INSULİN KALEM İGNE Sİ 32GX4MM ( HASTA GÜNDE 3 DEFA İNSÜLİN KULLANMAKTADIR FAKAT REÇETEYE GÜNDE 4 DEFA GİRİLMİŞTİR. KULLANIMA UYGUN OLARAK İĞNE UCU DOZU GÜNDE 3*1 ŞEKLİNDE DEĞİŞTİRİLİNCE SİSTEM 4 KUTUDAN 1 KUTUYU KESMİŞTİR.)	LIFECHEK INSULİN KALEM İGNE Sİ 32GX4MM; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.