

12.05.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (İLK BASAMAK TEDAVİDE ENDİKEDİR.)	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET; METASTATİK MEME KANSERİNDE İLK BASAMAK TEDAVİDE ENDİKE OLDUĞUNDAN VE LETI TEDAVİSİ ÖNCESİ 2021- AĞUSTOS AYINDA İLK BASAMAK TEDAVİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	<ul style="list-style-type: none">BARAVİR 0,5 MG FILM KAPLI TABLET (GUNCEL HBSAG DEĞERİ BELGELENMEMİŞ.)APIKOBALPLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU SİSTEME GİRİLMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">BARAVİR 0,5 MG FILM KAPLI TABLET; 30/03/2022 TARİHLİ YENİ RAPORUNDA POZİTİFLİĞİN DEVAM ETTİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.APIKOBALPLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
3	FOSAMAX; KMY ÖLÇÜMÜ UYGUN DEĞİL.	FOSAMAX; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
4	TEGELINE 10 G 200 ML (1- HASTA İDAME TEDAVİDEDİR. (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE 3 HAFTADA BİR 0,4-1 G/KG TOTAL DOZ 1-2 GÜNDE UYGULANIR.) 2- BAŞLANGIÇTEDAVİSİNE YANIT ALINDIĞI RAPORDA BELİRTİLMEMİŞTİR.)	TEGELINE 10 G 200 ML;5. KOM. KALAN ; HASTANEDEN ALINAN GÖRÜŞE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	INFATRINI 200 ML (200 KCAL)(INFATRINI 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE ÖDENİR.)	INFATRINI 200 ML ;33. KOM. KALAN ; HASTANEDEN ALINAN GÖRÜŞE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (HASTA DEVAM HASTASI OLUP REÇETEDE YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPİAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR İBARESİ BELİRTİLMEMİŞ.)SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (HASTA DEVAM HASTASI OLUP REÇETEDE YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPİAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR İBARESİ BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">SUBOXONE- İLAÇ ALIMINDA ARA OLMADIĞINDAN VE İDAME TEDAVİDE İDRAR TAHLİLİ YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.SUBOXONE - BİR ÖNCEKİ İLACIN BİTİŞ TARİHİNDE 20 GÜN SONRA ALINDIĞINDAN E-REÇETEDeki AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
7	ARIPA 30 MG 28 TB (RAPORDAKİ DOZ GİRİRLDİ.)	ARIPA 30 MG 28 TB;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
8	RIVOKSAR 15 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET)(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	RIVOKSAR 15 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
9	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 ÖDENİR.06/01/2021 TARİHİNDE 6.DOZ BİTİMİ İLE BİRLİKTE NÜKS GELİŞMESİ BEKLENMEDEN 418'LE 7.DOZ GİRİŞİ YAPILMIŞ)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
10	XARELTO 15 MG 28 FTB (RAPORUNDA "RİSK FAKTÖRLERİNDEN EN AZ BİRİNE SAHİP" YAZMAKLA BİRLİKTE SİSTEMDE KAYITLI	XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORDA VARFARİN İLE AÇIKLAMA YAPILDIĞINDAN VE BU TANIDA RİSK FAKTÖRÜ İSTENMEDİĞİNDEN

	RAPORLAR ARASINDA BU RİSK FAKTÖRLERİYLE İLGİLİ RAPOR VE VARFARİN BULUNAMAMIŞTIR)	ÖDENMESİNE.
11	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(2) BİFOSFONATLARI TOLERE EDEMEYEN VEYA YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTALARDAN; A) POSTMENOPAZAL OSTEOPOROZU BULUNAN KADIN VEYA OSTEOPOROZU BULUNAN ERKEK HASTALARIN TEDAVİSİNDE VEYA B) YÜKSEK KIRIK RİSKİ OLAN YETİŞKİN HASTALARDA UZUN DÖNEM GLUKOKORTİKÖİD TEDAVİSİYLE İLİŞKİLİ KEMİK KAYBININ TEDAVİSİNDE KULLANILIR.RAPORA GÖRE MENAPOZ DURUMU BELİRTİLMİYOR.)	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	ATOR 20 MG.30 TB.(LDL SONUCU UYGUN DEĞİL.)	ATOR 20 MG.30 TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET (254 UYARI KODU GİRİLMİŞ.DİYABETİK POLİNÖROPATİ HASTALIĞININ PERİFERİK OLUP OLMADIĞI RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
15	HEDNAVİR 0,5 MG 30 FTB (RAPORDA GÜNCEL HBSAG DURUMU BELİRTİLMEMİŞ.)	HEDNAVİR 0,5 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
16	<ul style="list-style-type: none"> TARDEN 10 MG.30 FILM TB.(LDL DEĞERİ UYGUN DEĞİL.KAH RAPORU YOK.) ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA- CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVİLER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA İBARESİ HASTANIN DURUMUNU BELİRTMİYOR.VARSA HASTADA OLDUĞU BELİRTİLMELİ.) ATOR 10 MG.30 TB.(LDL UYGUN DEĞİL.) ZOLADEX 3.6 MG SUBKUTAN IMPLANT (RAPOR AÇIKLAMASI ENDİKASYON UYUMUNU SAĞLAMİYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> TARDEN; TEK LDL DEĞERİ YETERLİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. ELIQUIS- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİBNE. ATOR; LDL 70 MG/DL'NİN ÜZERİNDE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. ZOLADEX; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR (8970IU HAFTADA GECEN MİKTAR,1 KUTU ÖDEME DIŞI BIRAKILDI)	EPORON ; E-REÇETEDEKİ DOZA GÖRE MAKSİMUM HAFTADA 8970 Ü GİRİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
18	<ul style="list-style-type: none"> UROCİT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB (RAPORDAKİ EKSİKLİK TAMALANMASI İÇİN İADE EDİLDİ GEREKLİ DÜZELTME YAPILMADIĞI İÇİN KESİLMİŞTİR) XARELTO 20 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVİLER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTADA ÖDENİR) 	<ul style="list-style-type: none"> UROCİT-K 10 MEQ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE XARELTO 20 MG 28 FTB;23/08/2022 TARİHLİ RAPOR AÇIKLAMASINDA CİDDİ MİDRAT DARLIK OLMAYAN HASTA İFADESİ BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
19	DIASİP CİLEK 200 ML(200 KCAL)(UYGUN RAPORUYLA EŞLEŞTİRİLDİ)	DIASİP CİLEK; 30/11/2021 TARİHLİ RAPORUYLA EŞLEŞTİRİLMİŞ VE KATILIM PAYI KESİLMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE
20	ALATAB 600 MG 30 FTB (254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)	ALATAB 600 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	DOPALEVO 75/18,75/200 MG 100 FTB (MADOPAR İLE AYNI ATC GRUNUNDA YER ALIYOR.)	DOPALEVO 75/18,75/200 MG 100 FTB; DİĞER ANTİPARKİNSON İLAÇLARLA VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE
22	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVİLER ATRİYAL	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	FİBRİLASYONLU HASTALARDA KULLANILIR.)	
23	KETOCAL 300 G(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK.)	KETOCAL 300 G ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	AYRA PLUS 16 12.5 MG 28 TABLET (TELMODİP PLUS 80 MG /10 MG / 25 MG RAPORU ÇIKMADAN ÖNCE AYNI ATC KODUNDA 4 KUTU REÇETESİZ AYRA PLUS 16 12.5 MG FATURA EDİLMİŞ,2 KUTUSU KESİLDİ)	AYRA PLUS 16 12.5 MG 28 TABLET;TELMODİP PLUS TEDAVİSİNDE ÖNCE MART AYINDA VERİLDİĞİNDEN AYRA PLUS İLE İLGİLİ RAPOR PASİFE ALINMIŞTIR. ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> • PREGOMIN AS 400 GR.TOZ(1.932 KCAL)(İKİ YAŞINA KADAR ÖDENİR)(418'LE FATURA EDİLMeye DEVAM EDİLMİŞ) • TANSİFA PLUS 16 MG/5 MG/12.5 MG TABLET (28 TABLET)(AMLODİPİN+VALSARTAN BİTİM TARİHİ 28/04 OLDUĞU İÇİN 1 KUTUSU KESİLDİ) (AYNI ATC) 	<ul style="list-style-type: none"> • PREGOMIN ; İNEK SÜTÜ ALERJİSİNDE 2 YAŞA KADAR ÖDENECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • TANSİFA;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
27	DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL)(REÇETE VEYA RAPORDA PSİKİYATRİ HEK BULUNMUYOR.6 AYDAN FAZLA KULLANIMI MEVCUTTUR.)	DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL;6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN TEDAVİDE RAPORDA VEYA REÇETEDe PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
28	<ul style="list-style-type: none"> • EXJADE 125 MG SUDA DAGILABİLEN 28 (TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR (EK-4/F-47). REÇETEDe BU DEĞER MEVCUT DEĞİL.) • FEBİND 250 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 (EK-4/F-47). REÇETEDe BU DEĞER MEVCUT DEĞİL.) • FEBİND 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 (EK-4/F-47). REÇETEDe BU DEĞER MEVCUT DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> • EKLENE TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	XARELTO 20 MG 28 FTB (RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.)	XARELTO 20 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
30	PAUSED 5 MG 21 SERT KAPSUL (A) YETERLİ DOZ VE SÜREDE TALİDOMİD VEYA BORTEZOMİB KÜRLERİNE DİRENÇLİ VEYA EMG İLE KANITLANMIŞ NÖROPATİ NEDENİ İLE BU AJANLARIN KULLANILAMADIĞI HASTALARIN TEDAVİSİNDE VEYA,B)TRANSPLANTASYON SONRASINDA DİRENÇLİ HASTALIĞI OLAN MULTİPLE MYELOM (MM) HASTALARININ TEDAVİSİNDE, 3 ÜNCÜ KÜR SONUNDA EN AZ MİNÖR YANIT YOKSA TEDAVİ SONLANDIRILIR. 3 ÜNCÜ KÜR SONUNDA EN AZ MİNÖR YANIT, 6 NCI KÜR SONUNDA EN AZ KİSMİ YANIT VAR İSE TEDAVİYE DEVAM EDİLİR.AYRICA PATOLOJİ MERKEZİ SONUCU TARİHİ NUMARASI YOK.)	PAUSED 5 MG 21 SERT KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

31	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (BASDAI DE 2 BİRİMDEN FAZLA DÜZELME YOK)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
32	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (RAPORDAKİ EKSİKLİK İÇİN İADE EDİLMİŞTİ GEREKLİ DÜZELTME YAPILMADIĞINDAN KESİLMİŞTİR)	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
33	RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML(300 KCAL) (RAPOR; FORTİNİ MULTİFİBRE İÇİN ÇIKMIŞTIR.)	RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
34	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET;RAPORDA SUTA UYGUN BİLGİLER OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
35	<ul style="list-style-type: none"> • AGRILOR 90 MG FILM KAPLI TABLET (56 TABLET) (RAPORDAKİ BELİRTİLEN DURUMLAR GENEL ÖDENME DURUMLARININ KOPYALANDIĞINI GÖSTERİYOR.HASTADA HANGİ DURUMLAR VARSA VEYA İBARESİ OLMADAN BELİRTİLMELİ.) • XARELTO 15 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) • LIPOLIN 600 MG HR 30 FTB (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254) 	<ul style="list-style-type: none"> • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
36	ATOR 40 MG.30 TB.(HASTANIN LDL ÖLÇÜM TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN SONRA OLDUĞU İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	ATOR 40 MG.30 TB ;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
37	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR(REÇETE DOZU MAXİMUM HAFTALIK DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ)	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR; MAKSİMUM 150 Ü/KG DOZUNA GÖRE 2 KUTU ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
38	<ul style="list-style-type: none"> • TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET (DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATİ / DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI ENDİKASYONLARINDA ÖDENİR). • ATOR 40 MG.30 TB.(LDL SONUCU İÇİN TARİH BELİRTİLMEMİŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
39	<ul style="list-style-type: none"> • ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA KULLANILIR.) • LIPOLIN 600 MG HR 30 FTB (DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATİ / DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI ENDİKASYONUNDA ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
40	XARELTO 15 MG 28 FTB (RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK.)	XARELTO 15 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	<ul style="list-style-type: none"> • KARVEA DUO 300 MG/10 MG 28 FILM KAPLI TABLET (AYNI ECZANE TARAFINDAN REÇETESİZ KARVEA DUO FATURA EDİLMeye DEVAM EDİLMİŞ OLUP AYNI ATC KODUNDA PERINDOPRİL+AMLODİPİN (COVERAM 10 MG+ 10 MG) DE VERİLMİŞTİR.AMLODİPİN İÇİN DOZ MAKSİMUM 10 MG'A ARTIRILABİLİR.) • TRIPLIXAM 10/2,5/10 MG 30 FILM KAPLI TABLET (NORVASC 10 MG VE COVERSYL 10 MG KULLANIRKEN TRIPLIXAM 10/2,5/10 MG FATURA EDİLMİŞ.AYNI ATC'DE DOZ 	<ul style="list-style-type: none"> • KARVEA DUO 300 MG/10 MG 28 FILM KAPLI TABLET;COVERAM İLE BİRLİKTE VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • TRIPLIXAM 10/2,5/10 MG 30 FILM KAPLI TABLET; AMLODİPİN VE PERİNDOPRİL İÇEREN BAŞKA İLAÇLAR VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • VENOMIA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	<p>AŞIMI)</p> <ul style="list-style-type: none"> • VENOMIA 20 MG KAPSUL (28 KAPSUL) (SİSTEMDE KAYITLI RAPOR VE İLAÇLARADA;İNME VEYA GEÇİCİ İSKEMİK ATAK ÖYKÜSÜ, >= 75 YAŞ, KALP YETMEZLİĞİ NYHA SINIF >= II, DİABETES MELLİTUS VEYA HİPERTANSİYON DURUMLARINDAN BİR YA DA DAHA FAZLA VE VARFARİN KULLANIMIYLA İLGİLİ BİLGİ BULUNAMAMIŞTIR) 	
42	ZENTICAVİR 0,5 MG 30 FTB(MADDE 4.2.13.1.2 ŞARTLARINDA ÖDENİR)	ZENTICAVİR-HİDROKSİÜRE TEDAVİSİNE 2018 YILINDA BİRLİKTE BAŞLADIKLARINDAN ÖDENMESİNE
43	XARELTO 15 MG 28 FTB (RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER YOK)	XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
44	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(SUTUN (4.2.15.D/1) YE GÖRE MİTRAL DARLIKLİK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN HASTADA ÖDENİR)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
45	CHALIA 250/250/1/300 MG GASTRO-REZİSTAN TABLET (50 TABLET)(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	CHALIA 250/250/1/300 MG GASTRO-REZİSTAN TABLET;AYNI REÇETEDE YER ALAN VENOMIA ADLI İLAÇ İÇİN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
46	TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG İNHALASYON İCİN TOZ ((LAMA) (HASTA KOMBİNE TEDAVİYE GEÇMEDEN ÖNCE 3 DOZ LABA+İKS KULLANMASI GEREKİR KULLANMADIĞI TESPİT EDİLDİ)	TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU ;RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE
47	PRADAXA 110 MG 60 SERT KAP (RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK)	PRADAXA 110 MG 60 SERT KAP ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
48	IMAGLİV 400 MG 30 FTB (HASTALIĞA AİT EVRE BELİRTİLMEDİĞİ İÇİN ENDİKASYON UYUMU TESPİT EDİLEMEDİ.)	IMAGLİV 400 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
49	TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET (RAPOR İCD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET;UYGUN İCD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
50	RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(14.03.2022 TARİHLİ RAPORDAKİ DOZU AŞAN MAMA)	RESOURCE GLUTAMİN 100 G ;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
51	<ul style="list-style-type: none"> • PERFOSE 800 MG 180 FTB (RAPORDAKİ DOZA GÖRE KESİLDİ.) • PERFOSE 800 MG 180 FTB(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
52	<ul style="list-style-type: none"> • THIOCTACİD 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(254 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.) • ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (RAPORDA HASTANIN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
53	VİREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET (HASTANIN İLACA BAŞLAMA KRİTERİNE AİT HBVDNA DÜZEYİ BELİRTİLMEMİŞ.)	VİREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET; ANTİVİRAL TEDAVİYE 2006 YILINDA BAŞLANDIĞI RAPORDA BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
54	<ul style="list-style-type: none"> • ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU 	<ul style="list-style-type: none"> • HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	<p>HASTALARDA ÖDENİR.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) 	
55	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
56	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
57	<ul style="list-style-type: none"> ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET (RAPORDA: LDL DEĞERİ VE KULLANMA KRİTERLERİ MEVCUT DEĞİL.) PLETAL 100 MG 60 TABLET (İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTİPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN)MEVCUT OLDUĞU İÇİN.. KLOPİDOGREL KULLANIMI VAR VE AYNI ATC GRUBUNDALAR.) 	<ul style="list-style-type: none"> ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE PLETAL 100 MG 60 TABLET; PLETAL İLE BİRLİKTE KARUM VE ECOPRİN KULLANIMI OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
58	PEDIASURE PLUS CILEK AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) (RAPORDA BESLENME ÜRÜNÜNÜN ADI MEVCUT DEĞİL.)	PEDIASURE PLUS CILEK AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
59	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET (SUTUN 4.2.15.D/1 MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN HASTALARDA ÖDENİR)	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
60	<ul style="list-style-type: none"> DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET (RAPOR DOZU 1*1) ALIPZA 4 MG FILM TABLET (RAPORDA LDL DEĞERİ YOK) 	<ul style="list-style-type: none"> DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET; GÜNCEL RAPORDA DOZ 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE. ALIPZA; 22/10/2021 TARİHLİ RAPORDA LDL DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
61	ZIRABEV 400 MG / 16 ML INFUZYONLUK COZELTI (1 FLAKON)(İLACIN DOZU RAPORDA 250 MG OLARAK BELİRLENMİŞ 3 KUTU İLAÇ DOZLAMAYA YETERLİ OLACAKTIR. İLAÇ VE ÜCRET KAYBIN SÖZ KONUSU)	ZIRABEV 400 MG / 16 ML INFUZYONLUK COZELTI;DEPORLARDAN ALINAN BELGELERE GÖRE ÖDENMESİNE.
62	DULESTER 60 MG 28 KAP(11.04 TEŞHİS KODLU RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞTIR. 6 AYDAN UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLMESİ GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	DULESTER 60 MG 28 KAP; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
63	LIPANTHYL 267 M 90 KAP (TG DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)	LIPANTHYL 267 M 90 KAP ;TRG DEĞERİ 500 ÜZERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
64	RIVOKSAR 15 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET)(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	RIVOKSAR 15 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
65	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR 20 MG 90 TABLET (LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.) RIVOKSAR 20 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET) (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL 	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR- LDL ÖLÇÜMÜ RAPOR TARİHİNDEN SONRA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE RIVOKSAR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	
66	KIOVIG 10 GR/100 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM ICIN COZELTI ICEREN FLK (ITP İÇİN DOZ AŞIMI) (15 X 0,4 X 5 = 30 G)	KIOVIG 10 GR/100 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM ICIN COZELTI ICEREN FLK;HEKİM BEYANINA GÖRE ÖDENMESİNE
67	DEPARTON 20 MG 60 FTB(HASTANIN 3 AYLIK KONTROLLERİNE AİT DEĞERLENDİRME YAPILMAMIŞ.PROSPEKTÜS BİLGİSİNE GÖRE;18 YAŞ ALTI ADÖLESLANLARDA VE PEDİATRİK GRUBTA KULLANIMI UYGUN DEĞİL.)	DEPARTON 20 MG 60 FTB;PROSPEKTÜSE GÖRE 18 YAŞ ALTINDA KULLANILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE