

12.10.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI (5510 SAYILI KANUNUN 64.MADDESİ "C" BENDİNE GÖRE "YABANCI ÜLKE VATANDAŞLARININ; GENEL SAĞLIK SİGORTALISI VEYA GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİ SAYILDIĞI TARİHTEN ÖNCE MEVCUT OLAN KRONİK HASTALIKLARI,"TEDAVİLERİ ÖDEME KAPSAMI DIŞINDADIR."	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI;5510 SAYILI KANUNUN 64. MADDESİ "C" BENDİNE GÖRE "YABANCI ÜLKE VATANDAŞLARININ; GENEL SAĞLIK SİGORTALISI VEYA GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİ SAYILDIĞI TARİHTEN ÖNCE MEVCUT OLAN KRONİK HASTALIKLARI."TEDAVİ ÖDEME KAPSAMI DISINDADIR.KONUyla İLGİLİ GÖRÜŞ SORULMUŞ OLUP GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TARAFINDAN MEDULA HASTANE UYGULAMASINA KİŞİ ADINA KRONİK TANI TANIMLAMALARI YAPILDIĞINDAN VE REÇETE KARŞILARKEN MEDULA ECZANE SİSTEMİ UYARI VERDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI (5510 SAYILI KANUNUN 64.MADDESİ "C" BENDİNE GÖRE "YABANCI ÜLKE VATANDAŞLARININ; GENEL SAĞLIK SİGORTALISI VEYA GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİ SAYILDIĞI TARİHTEN ÖNCE MEVCUT OLAN KRONİK HASTALIKLARI,"TEDAVİLERİ ÖDEME KAPSAMI DIŞINDADIR."	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI;5510 SAYILI KANUNUN 64. MADDESİ "C" BENDİNE GÖRE "YABANCI ÜLKE VATANDAŞLARININ; GENEL SAĞLIK SİGORTALISI VEYA GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİ SAYILDIĞI TARİHTEN ÖNCE MEVCUT OLAN KRONİK HASTALIKLARI."TEDAVİ ÖDEME KAPSAMI DISINDADIR.KONUyla İLGİLİ GÖRÜŞ SORULMUŞ OLUP GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TARAFINDAN MEDULA HASTANE UYGULAMASINA KİŞİ ADINA KRONİK TANI TANIMLAMALARI YAPILDIĞINDAN VE REÇETE KARŞILARKEN MEDULA ECZANE SİSTEMİ UYARI VERDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	KETYA XR 200 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 TB (RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ.)	DOZ İLE İLGİLİ GÖRÜŞ SORULMUŞ OLUP , GELEN GÖRÜŞE GÖRE GÜNCEL RAPOR DOZU 1*600 MG OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
4	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI (5510 SAYILI KANUNUN 64.MADDESİ "C" BENDİNE GÖRE "YABANCI ÜLKE VATANDAŞLARININ; GENEL SAĞLIK SİGORTALISI VEYA GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİ SAYILDIĞI TARİHTEN ÖNCE MEVCUT OLAN KRONİK HASTALIKLARI,"TEDAVİLERİ ÖDEME KAPSAMI DIŞINDADIR."	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI;5510 SAYILI KANUNUN 64. MADDESİ "C" BENDİNE GÖRE "YABANCI ÜLKE VATANDAŞLARININ; GENEL SAĞLIK SİGORTALISI VEYA GENEL SAĞLIK SİGORTALISININ BAKMAKLA YÜKÜMLÜ OLDUĞU KİŞİ SAYILDIĞI TARİHTEN ÖNCE MEVCUT OLAN KRONİK HASTALIKLARI."TEDAVİ ÖDEME KAPSAMI DISINDADIR.KONUyla İLGİLİ GÖRÜŞ SORULMUŞ OLUP GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜ TARAFINDAN MEDULA HASTANE UYGULAMASINA KİŞİ ADINA KRONİK TANI TANIMLAMALARI YAPILDIĞINDAN VE

		REÇETE KARŞILARKEN MEDULA ECZANE SİSTEMİ UYARI VERDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
5	SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ (LABA+İKS)(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.) 2XW10FF-TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH ICIN TOZ 60 DOZ (LAMA)(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ;RAPORA KESİNTİDEN SONRA YAPILAN EKLEME İLE İLGİLİ; İLK KOAH RAPORU OLDUĞUNDAN İDAME RAPORU OLMADIĞINDAN VE KOMBİNE KULLANIMDA RAPOR ÖNCESİ LABA+İKS YADA LABA+LAMA KULLANIMI BULUNMADIĞINDAN SADECE TIOFIX KESİLMESİ İLE İLGİLİ GÖRÜŞÜLMÜŞ OYBİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞİR.
6	ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(TSAT VE FERRİTİN DEĞERİ YETERSİZ.)	ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA; E REÇETEDE TSAT VEYA FERRİTİN DEĞERLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	<ul style="list-style-type: none"> GLUCERNA SR CILEK AROMALI 230 ML.(206 KCAL)(MALNUTRİSYONA EŞLİK EDEN HASTALIK BULUNMAMAKTADIR.) ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(MALNUTRİSYONA EŞLİK EDEN HASTALIK BULUNMAMAKTADIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(ENDİKASYON DIŞI BELGESİNİN SÜRESİ DOLDUĞU İÇİN KESİLDİ.)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; SUT UN 4.1.4-4-C MADDESİNE GÖRE ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNİN SÜRESİ 1 YILI GEÇEMEYECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
9	APTAMIL PREGOMIN SYNEO 400 G (1932 KCAL)(İNEK SÜTÜ ALERJİSİNDE 2 YAŞA KADAR ÖDENİYOR)	APTAMIL PREGOMIN SYNEO 400 G; HASTANIN İNEK SÜTÜ ALERJİSİ İLE İLGİLİ RAPORLARI BULUNDUĞUNDAN VE İKİ YAŞ SINIRINI GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
10	RESOURCE DIABET CILEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(İLİŞKİLENDİRİLEN RAPORDA MAMA ADI YOK.MAMA ADININ OLDUĞU SON RAPORUN SÜRESİ DOLMUŞ)	RESOURCE DIABET CILEK AROMALI 200 ML ; UZATILMIŞ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	AROMASIN 25 MG.30 DRAJE(RAPOR ENDİKASYON ŞARTLARINA UYGUN DEĞİL)	AROMASIN 25 MG.30 DRAJE ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	LATİXA 500 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	LATİXA 500 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(KEMİK ÖLÇÜM SONUCUNUN TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN SONRA OLDUĞU İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMeye GÖRE (MEDULA HASTANE KAYDINA BAKILMIŞTIR) ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none"> CORALAN 7.5 MG 56 FTB(RAPOR AÇIKLAMASI VEYA TANI-ICD 10 UYGUN DEĞİL.) BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ SUT DE İSTENEN BÖLGE DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> CORALAN 7.5 MG 56 FTB;RAPORA 12/10/2023 TARİHİNDE YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET;KMY ÖLÇÜMÜ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> ONZYD 4 MG AGIZDA DAGILAN 10 TB(ORAL DOZ KEMOTERAPİDEN ÖNCE BAŞLANIP 5 GÜNE KADAR SÜRDÜRÜLEBİLİR.10 GÜNLÜK DOZ ÖDENDİ) OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(253-GEBELİK UYARI KODUNA UYGUN OLARAK KATILIM PAYLI ÖDENDİ (MUAFİYET İÇİN İDAME TEDAVİ GİRİŞİ YAPILMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> ONZYD 4 MG AGIZDA DAGILAN 10 TB; TASIGNA İLE BİRLİKTE KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; GEBELİK UYARI KODUNA UYGUN OLARAK KATILIM PAYLI ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.

16	LIPANTHYL 160 MG 30 FTB(TRİGLİSERİD DEĞERİ UYGUN DEĞİL.İDAME DEĞİL.)	26/10/2022 TARİHLİ TRG TAHLİL BELGESİ EKLENMİŞTİR.ÖDENMESİNE.
17	ATOR 10 MG.30 TB.(LDL TAHLİL TARİHİNDEN SONRA İLAÇ KULLANILMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	ATOR 10 MG.30 TB;08/08/2023 TARİHLİ UYGUN LDL TAHLİLİ EKLENMİŞTİR. ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML(300 KCAL)(HASTANIN SON ÇIKAN RAPORU İDAME TEDAVİ İÇİN UYGUN DEĞİL) HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(BASDAİ DE 2 BİRİM DEN FAZLA DÜZELME OLMAMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML;İDAME RAPOR İLGİLİ UZMAN HEKİMLERCE DÜZENLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none"> BELOC ZOK 50 MG.20 TB. (BETA BLOKOR)(RAPORDA 1*1,REÇETEDE 2*1) DESAL 40 MG 50 TB(RAPORDA 1*1,REÇETEDE 2*1) 	<ul style="list-style-type: none"> BELOC ZOK 50 MG.20 TB;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE DESAL 40 MG 50 TB ;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
20	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(254 UYARI KODLU TEŞHİS RAPORDA YOK)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	PLAVIX 75 MG 28 FTB(İSKEMİK İNME YOK)	PLAVIX 75 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	DEMROSE 100 MG/5 ML IV ENJ VE INF İCİN KONS COZ ICEREN 5 AMP(RAPORDAKİ TEŞHİSLE ÖDENMEZ)	DEMROSE 100 MG/5 ML IV ENJ VE INF İCİN KONS COZ ICEREN 5 AMP; SUT UN EK-4/D LİSTESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
23	VITAL 1,5 KCAL ORMAN MEYVELERİ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.SİSTEMDE SEÇİLEBİLECEK AKTİF RAPORU YOK.)	VITAL 1,5 KCAL ORMAN MEYVELERİ AROMALI 200 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	BENVIDA 100 MG 56 FTB RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞI BELİRTİLMİYOR.	BENVIDA 100 MG 56 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	DESAL 40 MG 50 TB(RAPORDA 1*1,REÇETEDE 2*1)	DESAL 40 MG 50 TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> TEGRETOL-CR 200 MG DIVITAB(RAPOR DOZU 2*1) FORSTEO 20 MCG/80 MCL KULLANIMA HAZIR ENJ. KALEMİ(ENDİKASYON DIŞI UYGUN DEĞİL.İLAÇTA 65 YAŞ KISITLAMASI SUT KURALI) 	<ul style="list-style-type: none"> TEGRETOL-CR; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. FORSTEO - İLACIN PROSPEKTÜSÜNDE BELİRLİ YAŞ ARALIĞINDA ÇALIŞMALAR BELİRTİLDİĞİNDEN VE MEDULADA YAŞ İLE İLGİLİ ÖZEL DURUM KODLARI BELİRTİLDİĞİNDEN İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
27	PEDIASURE FIBER CILEK 220 ML SOL(220 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	PEDIASURE FIBER CILEK 220 ML SOL; RAPORDA YAŞINAGÖRE BOY VE KİLO GELİŞİMİ /-2 SDS ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
28	LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(BİR ÖNCEKİ LUCENTIS TEDAVİSİNDEN FAYDA GÖRÜP GÖRMEDİĞİNİN RAPORDA BELİRTİLMESİ İÇİN İADE EDİLMİŞTİ FAKAT LUCENTISIN İLK DOZU OLDUĞU BELİRTİLEREK İADE REÇETE SONLANDIRILMIŞTIR FAKAT BU REÇETE HASTANIN İLK LUCENTIS DOZU DEĞİLDİR VE DAHA ÖNCE 4 DOZ LUCENTIS TEDAVİSİ ALDIĞI İÇİN VE İLK DOZ DENİLEREK ÖNCEKİ LUCENTIS TEDAVİSİNDEN FAYDA GÖRÜP GÖRMEDİĞİ BELİRTİLMEDİĞİ İÇİN ÖDENMEZ.	LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR; SAĞ GÖZ İÇİN İLK LUCENTIS DOZU OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none"> CABOMETYX 40 MG FILM KAPLI TABLET(RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUYLA İLGİLİ BİLGİLER RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.) XARELTO 15 MG 28 FTB(RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK) 	<ul style="list-style-type: none"> CABOMETYX; 27/03/2020 TARİHLİ PATOLOJİ SONUÇ BELGESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. XARELTO-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

30	COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET(RAPORDAKİ LDL TAHLİL TARİHİNDEN SONRA İLAÇ KULLANILMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET;SONRADAN EKLENEN LDL İLE İLGİLİ TAHLİL BELGESİ GÖNDERİLMEDİĞİNDEN VE DİĞER DEĞERLER SON 6 AY İÇİNDE YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
31	FORTINI MULTI FIBRE ÇIKOLATA 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	FORTINI MULTI FIBRE ÇIKOLATA 200 ML ; RAPORDA HASTANIN BOY VE KİLO GELİŞİMİ STANDART -2 SAPMANIN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
32	SYNJARDY 5MG/1000 MG 60 FILM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)	SYNJARDY 5MG/1000 MG 60 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA RESOURCE MAMA YAZILI OLMASINA RAĞMEN RESOURCE ENERGY VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	RESOURCE ENERGY VANILYA AROMALI 200 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
35	VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ 12.07.2021 TARİHLİDİR.6 AYLIK OLARAK ÇIKARILMIŞ AYRICA SÜRESİ 1 YILI GEÇMİŞTİR.)	VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET;23/06/2023 TARİHİNDE İZİN BELGESİ YENİLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
36	<ul style="list-style-type: none"> UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254) THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254) 	<ul style="list-style-type: none"> UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
37	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(HASTA 3 AY LABA+İKS TEDAVİ ALMADAN KOMBİNE TEDAVİYE GEÇMİŞTİR SUT HÜKMÜNE UYGUN DEĞİLDİR)	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET;2021 YILINDA RAPOR ÖNCESİ 3 AY LABA+İKS ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
38	<ul style="list-style-type: none"> KARUM 75 MG.28 FILM TABLET(RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.SİSTEMDEN SEÇİLEBİLECEK BAŞKA RAPOR YOK.) PLAVIX 75 MG 28 FTB(RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.SİSTEMDEN SEÇİLEBİLECEK BAŞKA RAPOR YOK.) STAGE 10 MG 28 FTB(TEK ÖLÇÜM YETERLİ DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> KARUM 75 MG.28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE STAGE 10 MG 28 FTB; TEK LDL ÖLÇÜMÜ YETERLİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
39	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET)(HASTADA NÜKS OLUP OLMADIĞI RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ)	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞI HALDE 6. AYDAN SONRAKİ NÜKS DURUMU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
40	DROPIA-MET 15/850 MG 30 FTB(RAPOR DOZU 1*1)	DROPIA-MET 15/850 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
42	<ul style="list-style-type: none"> JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR) FORZİGA 10 MG 28 FTB(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

43	SUTESGO 37,5 MG SERT KAPSUL (28 KAPSUL)(ENDİKASYON DIŞI RAPORUNUN SÜRESİ DOLMUŐTUR.)	SUTESGO 37,5 MG SERT KAPSUL; ENDİKASTON DIŞI İZİNLE İLGİLİ T.İ.T.C.K BAŐVURU VE CEVAP BELGESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
44	URSOMED 250 MG KAPSUL (100 KAPSUL)(KARACİĞER NAKLİ YAPILMIŞ HASTALARDA SAFRA TAŐI/KOLESTAZ PROFİLAKSİSİNDE ENDİKE)	URSOMED 250 MG KAPSUL; KARACİĞER NAKLİ YAPILMIŞ HASTALARDA SAFRA TAŐI/KOLESTAZ PROFİLAKSİSİNDE ENDİKE OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
45	ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET(METOTREXATE İLE BİRLİKTE KULLANILMADIĞI İÇİN KESİLDİ.	ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET; -RAPORDA METOTREKSAT ETKEN MADDESİ BULUNMADIĞINDAN VE KULLANILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
46	<ul style="list-style-type: none"> APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET(254 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) PRATİN 2 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA LDL HESAPLANAMADI YAZDIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE PRATİN 2 MG 30 FILM KAPLI TABLET;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
47	<ul style="list-style-type: none"> CORALAN 5 MG 56 FTB(KAH TANISIYLA İLGİLİ RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.KALP YETMEZLİĞİ RAPORU UYGUN DEĞİL.8699552090113 BARKODLU İLACIN AYAKTAN RAPORLU ÖDENMESİ İÇİN GEREKLİ ŐARTLAR SAĞLANAMIYOR. SEBEP(LER)İ ; * MAKSİMUM RAPOR SÜRESİ UYUMSUZ, (345024)) LIPITOR 20 MG 90 TABLET(İDAME TEDAVİ DEĞİL.LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> CORALAN 5 MG 56 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE LIPITOR 20 MG 90 TABLET; İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN VE SONRADAN EKLENEN GÜNCEL LDL DEĞERİ 70 ÜZERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
48	<ul style="list-style-type: none"> CLONEX 100 MG.50 TABLET(RAPOR DOZU 3*1) ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(MALNUTRİSYONA SEBEP OLACAK EK HASTALIĞI YOK) NUTRIVIGOR KAKAOLU 220 ML SİSE(330 KCAL)(MALNUTRİSYONA SEBEP OLACAK EK HASTALIĞI YOK) 	<ul style="list-style-type: none"> LONEX 100 MG.50 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE NUTRIVIGOR KAKAOLU 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
49	ALATAB 600 MG 30 FTB(254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)	ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
50	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZAROMALI 190 ML (300 KCAL)(RAPORDA RESOURCE JUNIOUR FİBER MAMA 2*1 200 ML KULLANMASI UYGUNDUR. RAPOR 3 AYLIK 20/08/2011 11:52 OLARAK BELİRTİLDİĞİ İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ.) SANDOSTATİN-LAR 20 MG.1 FLK (YALNIZCA İNTESTİNAL VE PANKREATİK FİSTÜLLERİN TEDAVİSİ VE GASTROİNTESTİNAL SİSTEMDE GÖRÜLEN ENDOKRİN TÜMÖRLERİN AŐIRI SEKRESYONLARININ SEMPTOMATİK TEDAVİSİ ANDİKASYONLARINDA ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZAROMALI 190 ML;RAPORLA İLGİLİ DOKTORDAN GÖRÜŞ SORULMAK ÜZERE YAZI YAZILMIŐTIR. ANCAK DOKTORA ULAŐILAMAMIŐTIR. GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN RAPOR SÜRELERİNİN UZATILMASI HAKKINDAKİ 07/10/2022 TARİH SAYILI YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE. SANDOSTATİN-LAR 20 MG.1 FLK ; RAPOR TANISI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

