

14.09.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	COFACT 500 IU 1 FLK(ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIM BELGESİNİN SÜRESİ DOLMUŞ.)	COFACT 500 IU 1 FLK; REÇETE TARİHİNDE HASTA ADINA DÜZENLENEN 11/01/2023 TARİHLİ 6 AYLIK S.B. ENDİKASYON DIŞI KULLANIM ONAYININ SÜRESİ DOLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
2	<ul style="list-style-type: none">FORZIGA 10 MG 28 FTB(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.İLGİLİ (YENİ) RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.)KEDAY XR 200 MG UZATILMIS SALIMLI 30 TABLET) (RAPOR DOZU 3X1 HASTA ELİNDE 2X1 DOZ KULLANDIĞI İLAÇ VAR.)	<ul style="list-style-type: none">FORZIGA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.KEDAY; 200 MG VE 150 MG LİK FORMLARI ÇAKIŞMAKTADIR. RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN SONRADAN KESİNTİ YAPILMIŞ OLUP KESİNTİDEN SONRA EKLENEN DOZ ARALIĞI UYGUN GÖRÜLMEMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
3	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TBALET 3 ADET (TSKORLARI UYGUN DEĞİL.)	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TBALET; RAPOR TARİHİNDEKİ KMY ÖLÇÜM SONUCU (L2-L4 T=2.3 25.03.2021) HASTA YAŞINA GÖRE UYGUN OLMADIĞINDAN, SONRADAN EKLENEN KMY ÖLÇÜMLERİ FARKLILIĞINDAN DOLAYI BELGE İSTENMİŞ ANCAK KMY ÖLÇÜM BELGESİ GÖNDERİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
4	FORTINI MULTI FIBRE ÇİLEK 200 ML .(300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUTA UYGUN DEĞİL.)	FORTINI MULTI FIBRE ÇİLEK 200 ML; RAPORDA HASTANIN YAŞINA GÖRE BOY VE KİLO GELİŞİMİ STANDART -2 SAPMANIN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
5	ATOR 20 MG 30 TB (LDL DÜZEYİNİN 190 MG/DL'NİN ÜSTÜNDE OLDUĞU DURUMLARDA UYGUNDUR. DİĞER ŞART İÇİN EK FAKTÖR EKSİK İDAME TEDAVİ DEĞİL.)	ATOR 20 MG 30 TB; LDL DEĞERLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN VE İDAME TEDAVİ ALMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
6	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR (RAPORDAKİ DOZU=80,5*49,6894=4000 IU / HAFTADA)	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR ;İLGİLİ DOKTOR YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLETİLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)RIVOKSAR 20 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET)(RAPORDA ÖDENME ŞARTLARI YOK.DİĞER RAPOR SEÇİLDİĞİNDE (MAKSİMUM RAPOR SÜRESİ UYUMSUZ, RAPORU YAZAN DOKTORUN BRANŞI UYUMSUZ, (333227)) UYARISI VERİYOR)SECITA 15 MG 28 FILM TABLET (SSRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)VINTOR 0,5 MG 28 KAP(EDSS 5,5 VE ALTINDA OLAN HASTALARDA ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	NERUDA 300 MG 50 FTB (SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULANAMAMIŞTIR.)	NERUDA 300 MG 50 FTB;17.KOM KALAN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">LIPITOR 20 MG 90 TABLET(LDL ÖLÇÜM TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN SONRA	<ul style="list-style-type: none">LIPITOR 20 MG 90 TABLET;SONRADAN YAPILAN EKLEMeye İLGİLİ TAHLİL

	<p>OLDUĞU İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)</p> <ul style="list-style-type: none"> EBSSENSOR BLOOD GLUCOSE 50 STRIP(RAPORDAKİ DOZ 1*1,REÇETEDEKİ DOZ 4*1) 	<p>BELGESİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</p> <ul style="list-style-type: none"> EBSSENSOR BLOOD; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none"> SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI RAPORA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI RAPORA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> SIMILAC HIGH ENERGY; İADE SONRASI RAPORDA YAŞA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. FORTINI; RAPORDA HASTANIN YAŞINA GÖRE BOY VE KİLO GELİŞİMİ <-2 SDS OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
11	<p>(EN AZ 3 AY SÜREYLE İNHALE (İKS) VE UZUN ETKİLİ SOLUNUM (LABA) VEYA EN AZ 3 AY SÜREYLE, (LABA) VE (LAMA) İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN, SIK ATAK GEÇİREN (YILDA 2 VE ÜZERİ ATAK VEYA 1 VE ÜZERİ YATARAK TEDAVİ) VE DİSPNESİ OLAN (MMRC 2 VE ÜZERİ VEYA CAT SKORU 10 VE ÜZERİ) ORTA-AĞIR (KOAİ) OLAN ERİŞKİN HASTALARIN İDAME TEDAVİSİNDE KULLANILMALARI VE BU DURUMLARIN UZMAN HEKİM RAPORUNDA BELİRTİLMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.)</p>	<p>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p>
12	<p>FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(T SKOR. TUTMUYOR"T" DEĞERLERİNDEN HERHANGİ BİRİNİN-3 VEYA DAHA DÜŞÜK OLMASI DURUMUNDA, HASTA YAŞI 65 ALTINDA)</p>	<p>FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB;RAPORDA BELİRTİLEN İ4 T SKORU SUT TA BELİRTİLEN KMY ÖLÇÜMÜNE GÖRE UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</p>
13	<p>HAMETAN POMAD 30 GR (HAMETAN POMAT 3 KT HAMETAN KREM 3 KT OLARAK REÇETELENMİŞ TEK FORMUNUN BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)</p>	<p>HAMETAN POMAD 30 GR;12.KOM. KALAN; İKİ FARKLI FORMUN BİRİ ÖDENMİŞ VE KESİNTİ YAPILMIŞTIR. ÜST KOMİSYON KARARINA GÖRE İADE EDİLMİŞ VE İADE SONRASI E-REÇETEYE AÇIKLAMA YAPILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</p>
14	<p>FLEBOGAMMA % 5 DİF 10 G/200 ML İNF İCİN COZ İCEREN 1 FLK (İVİG İÇİN ENDİKASYON DIŞI İZİNİ OLMAYAN HASTANIN RAPORUNA G13.1 ICD-10 KODU EKLENMELİDİR GEREKÇESİYLE 01.08.2023 TARİHİNDE İADE YAPILMIŞ OLUP HERHANGİ BİR DÜZELTME YAPILMAMIŞTIR. 10 İŞ GÜNÜ DOLMUŞTUR. REÇETE UYARI KODLARI VE DOZ HATALI İŞLENMİŞTİR.)</p>	<p>FLEBOGAMMA % 5 DİF 10 G/200 ML İNF İCİN COZ İCEREN 1 FLK;G13.1 TANISI NEOPLASTİK HASTALIKLARDA LİMBİK ENSEFALOPATİ TANISINI İÇERDİĞİNDEN, RAPORDA BELİRTİLEN G04.9 ENSEFALİT, MİYELİT VE ENSEFALOMİYELİT TANILARIYLA BİRLİKTE AÇIKLAMA KISMINDA LİMBİK ENFEFALİT İFADESİ UYGUN GÖRÜLMÜŞTÜR. 390 UYARI KODUYLA İŞLEM YAPILMASINA.</p>
15	<ul style="list-style-type: none"> LYRICA 300 MG 56 KAPSUL (RAPORDAKİ DOZU=300 MG/GÜN) İMURAN 50 MG FİLM KAPLI TABLET (RAPORDAKİ DOZU=3*1) 	<ul style="list-style-type: none"> LYRICA 300 MG 56 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. İMURAN; 24/08/2020 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	<p>COLASTIN-L 20 MG 90 FİLM TB. (HASTA İDAME TEDAVİ ALMIYOR VE YENİ LDL SONUCU YOK.)</p>	<p>COLASTIN-L 20 MG 90 FİLM TB; RAPOR ÖNCESİ TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA VERİLDİĞİNDEN İDAME TEDAVİ SAYILMAMAKTADIR. 10/05/2023 TARİHLİ RAPORDA İSE LDL DEĞERİ 70 MG/DL'NİN ÜSTÜNDE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</p>
17	<ul style="list-style-type: none"> ENJEKTOR 5 CC(72 SAATİ GEÇMİŞ OLDUĞUNDAN AİLE HEKİMİ YAZAMAZ.) ONCEFT 1 G İM ENJKESİYONLUK COZELTİ HAZIRLAMAK İCİN TOZ VE COZUCU (1 	<p>BİR ÖNCEKİ REÇETEYİLE BİRLİKTE 72 SAATİ GEÇEN TEDAVİDE EHU ONAYI OLMADIĞINDANİTİRAZIN REDDİNE.</p>

	FLAKON) (72 SAATİ GEÇMİŞ OLDUĞUNDAN AİLE HEKİMİ YAZAMAZ.)	
18	COFACT 250 IU 1 FLK(ODA ONAYLI TEVZİ LİSTESİ YOK 2- ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIM BELGESİNİN SÜRESİ DOLMUŞ.)	COFACT 250 IU 1 FLK;REÇETE TARİHİ İTİBARIYLA 22/12/2022 TARİHLİ S.B ENDİKASYON DIŞI KULLANIM ONAYINI GEÇERLİ OLDUĞUNDAN VE TEVZİ BELGESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
19	ALIPZA 4 MG FILM TABLET(RAPORDA LDL SONUCU YOK GEREKCESİ İLE İADE EDİLDİ.10 İŞ GÜNÜ İÇİNDE TAMAMLATILMADI)	ALIPZA 4 MG FILM TABLET; İADE SONRASI RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN VE KESİNTİDEN SONRA YAPILAN EKLEME SUT UN 4.1.3-6. MADDESİNE GÖRE UYGUN GÖRÜLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
20	ECOPIRİN 100 MG 30 TB(RAPORDA ASA İNTOLERANSI OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	ECOPIRİN 100 MG 30 TB; BİR GÜN ÖNCEKİ KLOPİDOGREL RAPORUNDAKİ ASA İNTOLERANSI AÇIKLAMASINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
21	<ul style="list-style-type: none"> EPLEDAY 25 MG 30 FILM TABLET)(RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL) SANELOC 50 MG 30 DEG.SALIMLI TB.(RAPOR DOZU 1*1) 	<ul style="list-style-type: none"> EPLEDAY 25 MG 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. SANELOC; AYNI HEKİM TARAFINDAN DÜZENLENEN GÜNCEL RAPORDA DOZ 1*1 OLDUĞUNDAN 3 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
22	ALIPZA 4 MG FILM TABLET(EN AZ BİR HAFTA ARA İLE İKİ DEFA OLMAK ÜZERE, YAPILMIŞ KAN LİPİD DÜZEYLERİNİN HER İKİSİNDE DE YÜKSEK OLDUĞUNU GÖSTEREN TETKİK SONUÇLARI BELİRTİLİR. 27.11.2020 TARİH 139973 NOLU RAPORA AİT İLAÇ KULL.BULUNAMADI.)	ALIPZA 4 MG FILM TABLET;16/02/2023 TARİHLİ 190 ÜZERİ LDL DEĞERİ BELGE OLARAK SUNULDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
23	FERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL-(RAPOR SUTTA İSTENEN ŞARTLARI SAĞLAMİYOR.)	FERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	MATOFIN 500 MG 100 XR TB (RAPOR DOZU 1*1)	MATOFIN 500 MG 100 XR TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	EXTRAİR 12 MCG-400 MCG İNHALASYON İCİN TOZ İCEREN 60+60 KAPSUL(LABA+İKS) (HASTA KOMBİNASYON TEDAVİ ALIYOR VE RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.)	EXTRAİR 12 MCG-400 MCG İNHALASYON İCİN TOZ İCEREN 60+60 KAPSUL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
26	RESOURCE PROTEİN CİLEK AROMALI 200 ML(250 KCAL)(RAPORDA RESOURCE MAMA YAZILI OLMASINA RAĞMEN RESOURCE PROTEİN MAMA VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	RESOURCE PROTEİN CİLEK AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
27	QUANTAVİR 0,5 MG 30 FTB(HASTANIN BAŞLANGIÇ RAPORU SUT A UYGUN DEĞİL.)	QUANTAVİR 0,5 MG 30 FTB;HASTANIN ANTİVİRAL TEDAVİYE 2006 YILINDA BAŞLADIĞI MEDULADA GÖRÜLDÜĞÜNDEN İDAME TEDAVİYE GÖRE ÖDENMESİNE.
28	<ul style="list-style-type: none"> VEGABON PLUS D 2800 IU 4 TB (RAPORDA SUTTA İSTENEN BÖLGENİN T SKORU BELİRTİLMEMİŞ.) FEMARA 2.5 MG 30 FTB-(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> VEGABON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. FEMARA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none"> GLIVEC 400 MG 30 FILM TABLET(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.) LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> GLIVEC 400 MG 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
30	ENSURE PLUS FİBER VANİLYA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİK.)	ENSURE PLUS FİBER VANİLYA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
31	<ul style="list-style-type: none"> ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(HASTANIN MALNÜTRİSYONA SEBEP OLAN EK HASTALIĞI YOK) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	<ul style="list-style-type: none"> NUTRIVIGOR KAKAOLU 220 ML SISE(330 KCAL)(HASTANIN MALNUTRİSYONA SEBEP OLAN EK HASTALIĞI YOK) ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(HASTANIN MALNUTRİSYONA SEBEP OLAN EK HASTALIĞI YOK) NUTRIVIGOR KAKAOLU 220 ML SISE(330 KCAL)(HASTANIN MALNUTRİSYONA SEBEP OLAN EK HASTALIĞI YOK) 	
32	<ul style="list-style-type: none"> ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB.(HASTALIĞIN EVRESİ BELİRTTİMEDİĞİNDEN ENDİKASYON UYUMU TESPİT EDİLEMEDİ.) ALATAB 600 MG 30 FTB(DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATİ / DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI ENDİKASYONLARINDA ÖDENİR.) TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA;ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	<ul style="list-style-type: none"> FERROSEL 100 MG/5 ML IV INF ICIN KONS COZ ICEREN 5 AMP(RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.) REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK.(ANTI TNF)(HASTANIN BAŞLAMA KRİTERİ SUT A GÖRE EKŞİK VE DEVAM KRİTERİ DE ANLAŞILMIYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> FERROSEL 100 MG/5 ML IV INF ICIN KONS COZ ICEREN 5 AMP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK;S.B. ENDİKASYON DIŞI KULLANIM İZİNİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
34	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) (KMY ÖLÇÜMÜNÜN TARİHİ VE SONUCU REÇETE VEYA RAPORDA BELİRTİLİR.)	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ ;75 YAŞ ÜSTÜ HASTA OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
35	<ul style="list-style-type: none"> NAVELBINE 30 MG 1 KAPSUL(SUT'UN (MADDE 6.2.14.B/1). NOLU MADDESİNE GÖRE;VİNORELBİN TARTARATIN ORAL FORMLARI KÜR PROTOKOLÜNDE BELİRTİLMESİ VE TEDAVİYE ENJEKTABL FORM İLE BAŞLANMASI ŞARTIYLA KULLANILIR.HASTANIN İLAÇ GEÇMİŞİNDE VİNORELBİN ENJEKTABL FORM KULLANIMI OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET(254 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
36	REDEPRA 15 MG 28 FTB (NASSA)(REÇETEDE VEYA RAPORDA PSİKİYATRİ HEK MEVCUT DEĞİL. VE İLAÇ 6 ATYDAN FAZLA SÜREDİR KULLANILYOR.)	REDEPRA 15 MG 28 FTB; SNRI, SSRE, RIMA, NASSA GRUBU İLAÇLARDA 6 AYDAN FAZLA KULLANIM OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
37	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SISE(330 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNUTRİSYON TANIMI RAPORA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.RAPORDA;MALNUTRİSYONA NEDEN OLAN EŞLİK EDEN HASTALIK VEYA TRAVMA BELİRİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SISE; İADE SONRASI MALNUTRİSYON TANIMI RAPORA EKLENDİĞİNDEN VE RAPORDA EK OLARAK SEREBROVASKÜLER HASTALIK TANISI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
38	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL)	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

39	ELIDEL %1 KREM 30 GR.(RAPOR DOZU AYDA 1 KUTU)	ELIDEL %1 KREM 30 GR ;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
40	KEPPRA 500 MG 50 FILM TABLET (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	KEPPRA 500 MG 50 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
41	ENSURE PLUS MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI,BESLENME ÜRÜNÜNÜN ADI VE KULLANIM MİKTARI BULUNMAMAKTADIR.)	ENSURE PLUS MUZ AROMALI 220 ML SİSE ; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
42	<ul style="list-style-type: none"> EUTHYROX 125 MCG 50 TABLET(RAPOR DOZU 1X1.2XR52WK NUMARALI REÇETEYLE İLACIN 100 MG LİK FORMU AYNI AY İÇERİSİNDE VERİLMİŞ.) XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(RAPORDA,RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI, VEYA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN BİLGİLER, EVRE VEYA RİSK GRUBU, VARSA DAHA ÖNCE UYGULANAN KANSER TEDAVİ PLANI BULUNMALIDIR (MADDE 4.2.14.C/3).) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
43	EXTRANEAL PERİTON DİYALİZ COZELTİSİ (2500 ML TEKLİTORBA)(İSODEXTRİN İÇERİKLİ SOLÜSYONLAR GÜNDE EN FAZLA 1DEFA KARŞILANIR.)	EXTRANEAL PERİTON DİYALİZ COZELTİSİ; SÜREKLİ AYAKTAN PERİTON DİYALİZİ (SAPD) TEDAVİSİNDE GÜNDE 1*1 İSODEXTRİN İÇERİKLİ SOLÜSYON KARŞILANDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
44	DESAL- 40 MG 50 TB(RAPORDA 1*1,REÇETEDE 2*1)	DESAL- 40 MG 50 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
45	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(BESİN ALIMIIYLA İLGİLİ AÇIKLAMA EKSİK.) FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(MALNÜTRASYON TANIMI VE BESİN ALIMIIYLA İLGİLİ İLGİLİ AÇIKLAMA YETERSİZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
46	PEDIASURE PLUS FİBER VANİLYA AROMALI 220 ML RPB(330 KCAL)(RAPORDA YAZAN "RAPOR 6 AYLIK " İFADESİNE İSTİNADEN KESİLDİ.)	PEDIASURE PLUS FİBER VANİLYA AROMALI 220 ML; RAPOR SÜRELERİNİN UZATILMASI HAKKINDAKİ DUYURUYA GÖRE ÖDENMESİNE.
47	NOVASOURCE G.I CONTROL VANİLLA 500(528 KCAL)(RAPORDA MODULEN İBD YAZMASINA RAĞMEN NOVASOURCE GI CONTROL VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	NOVASOURCE G.I CONTROL VANİLLA 500;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
48	JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET-(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)	JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
49	PEPTAMEN JUNIOR 1,5 KCAL VANİLYA AROMALI 24X200 ML (7248KCAL)(RAPORDA FORTINI MULTIFİBRE YAZILI OLMASINA RAĞMEN PEPTAMEN JUNIOR VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	PEPTAMEN JUNIOR 1,5 KCAL VANİLYA AROMALI 24X200 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
50	MYFORTIC 360 MG.120 TABLET(RAPORDAKİ DOZU=2*360 MG / GÜN)	MYFORTIC 360 MG.120 TABLET; RAPORDA 13/12/2022 TARİHLİ EKLEMEYE GÖRE GÜNDE 2*2 DOZUNDAN ÖDENMESİNE.
51	ZENO 180 MG 30 FILM KAPLI TABLET(EKLENEN FERRİTİN DEĞERİ İÇİN TAHLİL TARİHİ BELİRTİLMEMİŞ.)	ZENO 180 MG 30 FILM KAPLI TABLET;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
52	TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKSİYON KALEMİ)	TOUJEO 300 U/ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE

	(RAPORDAKİ DOZU=1*50 ML / GÜN)	
53	<ul style="list-style-type: none"> FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTİ(RAPOR AÇIKLAMASI YETERLİ DEĞİL.AROMATOZ.İNH.KULLANIM SÜRESİ YOK UYGUN DEĞİL.RAPOR SÜRESİNİN SONUNDA TEDAVİNİN DEVAMI İÇİN DÜZENLENECEK YENİ RAPORDA HASTALIKTA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMELİDİR.) VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(RAPOR AÇIKLAMASI YETERLİ DEĞİL.AROMATOZ.İNH.KULLANIM SÜRESİ YOK UYGUN DEĞİL.RAPOR SÜRESİNİN SONUNDA TEDAVİNİN DEVAMI İÇİN DÜZENLENECEK YENİ RAPORDA HASTALIKTA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMELİDİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
54	VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET(ENDİKASYON DIŞI BELGESİ 2 AYLIK DOZ İÇİN ÇIKARILMIŞ .HASTA 2 AYLIK DOZU KULLANMIŞ.)	VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET; REÇETE TARİHİ İTİBARIYLA ENDİKASYON DIŞI BELGELERİN SÜRELERİNİN UZATILMASI HAKKINDAKİ DUYURUYA GÖRE ÖDENMESİNE
55	TEMOZOLID 20 MG 5 KAPSUL(REÇETEYE ESAS RAPORDA TEMOZOLOMİD 100MG/M2 (VYA:1,68) VE RAPORUN TEDAVİ ŞEMASI KISMINDA TEMOZOLOMİD GÜNDE 1X168MG.DIR. REÇETEDEN 250MG.LİK VE 20MG.LİK TEMOZOLOMİD KARŞILANMIŞ, RAPORA GÖRE DOZ AŞIMI NEDENİYLE 20MG.LİK OLANI ÖDEME DIŞI BIRAKILDI)	TEMOZOLID 20 MG 5 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
56	<ul style="list-style-type: none"> OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(HASTANIN GEBELİK SÜRESİ SONA ERMİŞ)2WUNXWO-WARFMADIN 5 MG TABLET (28 TABLET)(RAPOR DOZU 1*1) PLAVIX 75 MG 28 FTB(KAH ANGIOGRAFIK OLARAK BELGELENMEMİŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> OKSAPAR; MART AYINDA GEBELİK SONLANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. WARFMADIN ; HASTANIN GÜNCEL RAPORUNDA DOZ GÜNDE 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE PLAVIX -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
57	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (FERRİTİN DEĞERİ 100'ÜN ALTINDA OLDUĞU İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA;15/05/2023 TARİHLİ UYGUN OLAN TAHLİL BELGESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
58	<ul style="list-style-type: none"> VEGABON 70 MG 4 TB(RAPORDAKİ KMY SONUCU UYGUN DEĞİL.) HEPAGARD 0,5 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(RAPORDAKİ 2.ANTİVİRAL EKLEME GEREKÇESİ, SUT A UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> VEGABON -RAPORDAKİ L1-4 T SKORU -2.5 UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. HEPAGARD ; TEDAVİYE İKİ ANTİVİRALLE BAŞLANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.