

16.03.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	ZARZIO 30 MU/0,5 ML ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR (5 ENJEKTÖR)(RAPORDA HER KÜRÜN 1.GÜNÜ FİLGRASTİM 30/48 MÜ 1*1/GÜN YAZILI ZATEN SOLİD TÜMÖRLER,LENFOMALAR VE LENFOİD LÖSEMİ İÇİM UYGULANAN YERLEŞİK KEMOTERAPİ SONRASINDA,BU KRİTERLERİ KARŞILAYACAK TEDAVİ SÜRESİNİN,14 GÜNE KDAR OLMASI BEKLENİR. HASTAYA 5 KUTU(25 ADET)OLARAK VERİLMİŞ)	ZARZIO 30 MU/0,5 ML ENJEKSİYONLUK; 2.KOM.KALAN; GÖRÜŞ SORULMUŞTUR. GELEN GÖRÜŞE VE RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE 5 FLK.(1 KUTU)BEDİLİNİ ÖDEMİŞTİR. KESİNTİ İLE İLGİLİ OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (HGB DEĞERİ BAŞLAMA İÇİN UYGUN DEĞİL.AYRICA TAHLİL TARİHLERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	ARANESP -E-REÇETEDeki TEDAVİYE BAŞLANGIÇ HGB DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
3	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.) 2RS30YZ-EXTRAIR 12 MCG-400 MCG INHALASYON İCİN TOZ İCEREN 60+60 KAPSUL(LABA+IKS)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL;09/01/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE İŞLEM YAPILMASINA.
4	<ul style="list-style-type: none">NERUDA 300 MG 50 FTB(RAPORDA 1*1,REÇETEDe 2*1))FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(RAPORA; SUT'TA BELİRTİLEN BÖLGELERDEN BİRİNE AİT KEMİK ÖLÇÜM SONUCU VE TARİHİ 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.FAKAT FEMUR SKORUNUN T SKORU OLUP OLMADIĞI VE FEMUR TOTAL Mİ,FEMUR BOYNU MU OLDUĞU BELİRTİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">NERUDA 300 MG 50 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEFOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB; RAPORDA KMY SONUCU UYGUN OLMADIĞINDAN İADE EDİLMİŞTİR. İADE SONRASI DÜZELTME YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
5	KETOSTERİL 100 FİLM TB.(E-REÇETEDeki ALBÜMİN DEĞERİNİN 31 Mİ YOKSA GERÇEKTE 3,1 OLUP SEHVEN Mİ 31 YAZILDIĞI E-REÇETEDe BELİRTİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.E-REÇETEDeki EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	KETOSTERİL 100 FİLM TB; TEDAVİNİN İLK 6 AYININ SONUNDA BAŞLANGIÇ SERUM ALBÜMİN DÜZEYİNDE %25'LİK ARTIŞ SAĞLANAMAYANAMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">KAPEDA 500 MG 120 FTBKÜR PROTOKOLÜNE GÖREDOZ DÜZELTME İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.)FORTINI MULTI FİBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(HASTA FORTINI 1.0 MULTI FİBRE KULLANMAKTADIR, RAPORDA BU BESLENME SOLUSYONUNUN ADI BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">KAPEDA 500 MG 120; RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASI VE E-REÇETEDeki GÜNLÜK DOZA GÖRE 14*6/21 GÜN ŞEKLİNDE DOZ DÜZELTİLDİĞİNDE RAPOR BİTİŞ TARİHİNE GÖRE 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.FORTINI MULTI FİBRE- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE

		ÖDENMESİNE.
7	ZENO 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(RAPORUN ÇIKTIĞI TARİHTEN BERİ KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU VEYA SERUM FERRİTİN DEĞERİ BAKILMAMIŞ)	ZENO 360 MG FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	VITAL 1,5 KCAL VANILYA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	VITAL 1,5 KCAL VANILYA AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none"> ENSURE 2 CAL MUZ AROMALI 200 ML (400 KCAL)(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.) RESOURCE 2.0 FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML (380 KCAL)(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.) FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL)(2 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İÇİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (< - 2SD)) RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.) RESOURCE PROTEİN VANILYA AROMALI 200 ML(250 KCAL)(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. RESOURCE GLUTAMİN 100 G;SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ RAPOR OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. RESOURCE PROTEİN VANILYA AROMALI 200 ML; SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ RAPOR OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. TAMAMI İNCELENSİN ÖNCESİ KESİNTİ OLDUĞUNDAN TEKRAR DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR.
10	<ul style="list-style-type: none"> NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(02/09/2022 TARİHLİ SUT TANIMINA TAM OLARAK UYGUN OLMAYAN RAPOR) ANDAZOL 200 MG.40 TB.(AİLE TEDAVİSİ TEK KİŞİ USTUNE YAZILMAZ) 	<ul style="list-style-type: none"> NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. ANDAZOL 200 MG.40 TB;İADE EDİLMESİ VE İDE SONUCU TEŞHİSE GÖRE KARŞILANACAK TABLET SAYISI 6 YI GEÇMESİ HALİNDE KESİNTİNİN İPTALİNE,AKSİ HALİNDE KESİNTİNİN DEVAMINA KARAR VERİLMİŞTİR.
11	DIASIP CILEK 200 ML(200 KCAL)(MALNÜTRASYON KOŞULLARINI SAĞLAMAYAN RAPOR.)	DIASIP CILEK 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	ONGLYZA 5 MG 28 FILM KAPLI TABLET (METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA;ÖDENİR.)	ONGLYZA 5 MG 28 FILM KAPLI TABLET;29/05/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"> HUMAN ALBUMİN %20 100 ML FLAKON(RAPOR VEYA REÇETEYE ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİ YOKTUR) UMAN ALBUMİN %20 100 ML FLAKON(ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİ REÇETE TARİHİNDEN SONRADIR) 	<ul style="list-style-type: none"> HUMAN ALBUMİN; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. UMAN ALBUMİN; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
14	COFACT 500 IU 1 FLK(REÇETE 223 UYARI KODU SEÇİLEREK KAYDEDİLMİŞTİR. ANCAK REÇETE ENDİKASYON DIŞI İZİN VERİLEN HEKİMİN BRANŞINA GÖRE DÜZENLENMEMİŞTİR)	COFACT 500 IU 1 FLK; COFACT 500 IU ; S.B ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ İLE PROFLAKTİK OLARAK VERİLEN İLAÇTA 223- UYARI KODUYLA S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNDEKİ BRANŞTA REÇETE YAZILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

15	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(EYLÜL 2019'DA 6 AYLIK RAPOR SÜRESİ DOLMUŞ)	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; 29/06/2022 VEYA 28/01/2022 TARİHLİ RAPORLARDAN BİRİYLE İŞLEM YAPILMASINA.
16	OPEMIN 800 MG 30 FTB(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	OPEMIN 800 MG 30 FTB; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
17	FORTINI MULTI FIBRE CIKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)	FORTINI MULTI FIBRE CIKOLATA 200 ML; MALNUTRİSYON TANIMI EKSİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
18	<ul style="list-style-type: none"> ENSURE PLUS MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(02/09/2022 TARİHLİ SUT KURALLARINA GÖRE 3 AY SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORUNA DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE GÜNLÜK EN FAZLA 1200 KCAL DOZDA REÇETE EDİLMESİ HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ ÖDENİR. RAPOR SİSTEME 1 YILLIK OLARAK GIRILMIŞ RAPOR SURESI 02/12/2022 TARİHİNDE DOLMUŞ OLMASINA RAĞMEN05/12/2022 DE 45 ADET 30/12/2022 DE 90 ADET 16/01/2023 DE 90 ADET VERILMIŞ) ENSURE PLUS CILEK AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(02/09/2022 TARİHLİ SUT KURALLARINA GÖRE 3 AY SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORUNA DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE GÜNLÜK EN FAZLA 1200 KCAL DOZDA REÇETE EDİLMESİ HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ ÖDENİR. RAPOR SİSTEME 1 YILLIK OLARAK GIRILMIŞ RAPOR SURESI 02/12/2022 TARİHİNDE DOLMUŞ OLMASINA RAĞMEN05/12/2022 DE 45 ADET 30/12/2022 DE 90 ADET 16/01/2023 DE 90 ADET VERILMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> ENSURE PLUS MUZ; İLK RAPOR SÜRESİ 3 AY OLMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. ENSURE PLUS- İLK RAPOR SÜRESİ 3 AY OLMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
19	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET(254 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİ.
20	PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(İADE SONUCU İSTENEN DÜZELTME YAPILMAMIŞTIR. SİSTEMDEKİ DİĞER RAPOR DA REÇETE İLE UYUMLU DEĞİLDİR.)	PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML;İADE SONUCU İSTENEN DÜZELTME YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
21	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)	GRANEXA 1 MG FILM KAPLI TABLET;VENCLYXTO TABLET İLE BİRLİKTE KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
22	SOMATULINE AUTOGEL 120 MG UZATILMIS SALIMLI ENJ COZ ICEREN KULL HAZIR SIRINGA(SİSTEMDE KAYITLI HİPERİNSULİNEMİYE NEDEN OLACAK İLAÇ BULUNAMAMIŞTIR. SÜRESİ UZATILMIŞ ESKİ RAPORLARINDAN AKROMEGALİ İÇİN İŞE SAĞLIK KURULU RAPORU ŞARTI İLE ÖDENMEKTE)	SOMATULINE AUTOGEL 120 MG UZATILMIS SALIMLI ENJ COZ ICEREN KULL HAZIR SIRINGA;SİSTEMDE KAYITLI HİPERİNSULİNEMİYE NEDEN OLACAK İLAÇ BULUNAMAMIŞTIR. SÜRESİ UZATILMIŞ ESKİ RAPORLARINDAN AKROMEGALİ İÇİN İŞE SAĞLIK KURULU RAPORU ŞARTI İLE VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
23	ANTI-ASIDOZ 100 YUMUSAK JELATİN KAP..(500 MG)(RAPORDAKİ DOZ 4000MG,REÇETEDe VERİLEN 4500MG)	ANTI-ASIDOZ 100 YUMUSAK JELATİN KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİ.

24	WILKINSON POMAD(E-REÇETEDE 3 GÜN KULLANILMASI GEREKTİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)	WILKINSON POMAD;REÇTENİN TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
25	EZETEC PLUS 10 MG/20 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (EZATOR 10/20 MG 30 FTB) (EN AZ 6 AY BOYUNCA STATİNLERLE TEDAVİ EDİLMİŞ OLMASINA RAĞMEN LDL DÜZEYİ 100 MG/DL'NİN ÜZERİNDE KALAN HASTALARDA BU DURUMUN BELGELENMESİ KOŞULUYLA VERİLİR HASTA DAHA ÖNCE STATİN KULLANMAMIŞ)	EZETEC PLUS 10 MG/20 MG FILM KAPLI TABLET; TC NUMARASI İLE STATİN KULLANIMI GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (GEBELİKTE KULLANIMDA KETİLİM PAYLI ÖDENDİ) DEPAKİN SURUP 150 ML(RAPORDA 2*500 MG YAZILI SİSTEME 2*500ML OLARAK GIRILMIŞ GİRİŞ DUZELTILINCE SİSTEM TARAFINDAN KESINTI YAPILDI) THINCAL 120 MG 84 KAP(12 HAFTA SONUNDA VÜCUT AĞIRLIĞININ EN AZ %5 İNİN KAYBOLMAMASI HALİNDE TEDAVİ KESİLECEKTİR. BU İLACIN KULLANIMI HASTANIN HAYATI BOYUNCA 2 YILI GEÇMEYECEKTİR. HASTA 128 KG İLE TEDAVIYE BAŞLAMIŞ 12 HAFTA SONUNDA 123 KG OLMUŞ OYSA 6,4 KG VEREBİLİRSE ILACA DEVAM EDEBİLİR) 	<ul style="list-style-type: none"> OKSAPAR-RAPOR TANISINA GÖRE MUAF ÖDENMESİNE. DEPAKİN SURUP 150 ML; 1 ML DE 57,64 MG OLDUĞUNDAN E-REÇETE VE RAPOR DOZUNA GÖRE GÜNDE 1*17,3 ML DOZU GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA THINCAL -E-REÇETEDEKİ BİLGİLERİN EKSİKLİĞİ NEDENİYLE İADE EDİLMESNE.
27	VAXIGRIP TETRA 0,5 ML IM/SC ENJ. ICIN SUSP. 1 KULL. HAZ. ENJEKTOR(SUT TA BELİRTİLEN KRONİK HASTALIKLAR MEVCUT DEĞİLDİR.)	VAXIGRIP TETRA 0,5 ML IM/SC ENJ. ICIN SUSP. 1 KULL. HAZ. ENJEKTOR; SUT TA BELİRTİLEN KRONİK HASTALIKLAR OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
28	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.HASTA UZUN ZAMANDIR YUKSEK DOZ ILAC ALMIŞ.)	GRANEXA 1 MG FILM KAPLI TABLET; KEMOTERAPİYİ TAKİBEN GÜNDE İKİ KEZ BİR TABLET (1 MG) VEYA 2 MG GÜNDE BİR KEZ BİR HAFTAYA KADAR VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
29	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(SON RAPORDAKİ KALORİ BAZ ALINDI.) RESOURCE 2.0 FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML (380 KCAL)(SON RAPORDAKİ KALORİ BAZ ALINDI.)	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML;RAPORDAKİ KALORİ MİKTARI AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
30	EPIXX 500 MG 50 FILM TABLET (SON ÇIKAN RAPORDA DOZ 1*1 E DÜŞÜRÜLDÜ)	EPIXX 500 MG 50 FILM TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	IBANOS 3 MG/3 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI(RAPORDA SUTTA İSTENEN BÖLGENİN KMY Sİ YAZMIYOR)	IBANOS 3 MG/3 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET(DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATİ / DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI ENDİKASYONLARINDA ÖDENİR.)	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	PLAVIX 75 MG 28 FTB(E-RAPOR KRİTERLERİ YETRSİZDİR.)	PLAVIX 75 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

34	XARELTO 20 MG 28 FTB(HASTADA RİSK FAKTÖRLERİNDEN BİRİ BULUNMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
35	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML(NOVORAPID FLEXPEN İÇİN RAPORDAKİ DOZ GÜNDE 2*20U'DİR FAKAT REÇETEYE GÜNDE 2*30U GİRİLMİŞTİR. REÇETEDAKİ DOZ RAPORA UYGUN OLARAK GÜNDE 2*20U ŞEKLİNDE DÜZELTİLİNCE SİSTEM 2 KUTU NOVORAPID'DEN 1 KUTUYU KESMİŞTİR.)	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
36	XARELTO 15 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA; BEDELİ ÖDENİR)	XARELTO 15 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
37	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
38	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(HASTANIN 06/12/2022 TARİH VE 03/06/2022 TARİHLİ RAPORLARINA İSTİNADEN SİSTEM NUTRIVIGOR SOL BEDELİNİ ÖDEMİYOR BU NEDENLE 27/11/2019 TARİHLİ RAPORA 26/01/2023 TARİHİNDE GÜNLÜK DOZ 4*1 OLACAK ŞEKİLDE İLAVE YAPTIRILMIŞ OYSA REÇETE TARİHİ 09/12/2022)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE; 27/11/2019 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
39	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
40	PLAVIX 75 MG 28 FTB (RAPORDA HASTANIN HANGİ DURUMUNUN OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.TIKAYICI PERİFERİK ARTER HASTALIĞI VEYA İSKEMİK İNME)	PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML MUZ AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
42	GLUCERNA SR CİKOLATA AROMALI 230 ML SOL(206 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	GLUCERNA SR CİKOLATA AROMALI 230 ML SOL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
43	SALRES 100 MCG İNHALASYON İCİN OLCULU DOZLU AEROSOL 200 DOZ (SABA)(RAPORDAKİ İLAC DOZU 4*1 RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	SALRES 100 MCG İNHALASYON İCİN OLCULU DOZLU AEROSOL 200 DOZ ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
44	<ul style="list-style-type: none"> TRAJENTA 5 MG FİLM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.) JARDIANCE 25 MG FİLM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> HER İKİ İLAÇ İÇİN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE..
45	<ul style="list-style-type: none"> GLUCERNA SR CİLEK AROMALI 230 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye

	<p>ML.(206 KCAL)(KULLANILAN MAMA ADI RAPORDA YOK.RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞL.)</p> <ul style="list-style-type: none">• GLUCERNA SR CİKOLATA AROMALI 230 ML SOL.(206 KCAL)(KULLANILAN MAMA ADI RAPORDA YOK.RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞL.)	GÖRE ÖDENMESİNE.
45	<p>GALVUS 50 MG 56 TAB(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA; ÖDENİR.)</p>	<p>GALVUS 50 MG 56 TAB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p>
46	<p>FORTIMEL COMPACT FIBRE VANİLYA AROMALI 4X125 ML (1200KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI YETERSİZ.)</p>	<p>FORTIMEL COMPACT FIBRE VANİLYA AROMALI 4X125 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p>
47	<p>EFEXOR XR 75 MG.28 KAPSUL (SNRI) (RAPOR DOZUDUR.)</p>	<p>EFEXOR XR 75 MG.28 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p>
48	<p>JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET- (METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)</p>	<p>JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p>