



16.05.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

| DOSYA NO | İTİRAZ KONUSU | KOMİSYON KARARI |
|----------|---|---|
| 1 | <ul style="list-style-type: none"> KEPPRA 100 MG/ML ORAL COZELTI 300 ML + 10 ML ENJEKTOR(RAPORDAKİ DOZ GIRİLDİ.) | <ul style="list-style-type: none"> RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 2 | <ul style="list-style-type: none"> TAVANIC 500 MG.7 FILM TB.(MEDULANIN 213 - PNÖMONİ UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN J10.8 İNLUENZA İLE FATURA EDİLMİŞ) | <ul style="list-style-type: none"> TAVANIC-PNÖMONİ TEŞHİSİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 3 | <ul style="list-style-type: none"> NUTRIVIGOR CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(4.2.8.A-ENTERAL BESLENME ÜRÜNLERİ - 2(3) MADDESİ İLE İLGİLİ HASTAYA SPESİFİK BİR AÇIKLAMA BULUNMAMAKTADIR.) NUTRIVIGOR KAKAOLU 220 ML SİSE(330 KCAL)(4.2.8.A-ENTERAL BESLENME ÜRÜNLERİ - 2(3) MADDESİ İLE İLGİLİ HASTAYA SPESİFİK BİR AÇIKLAMA BULUNMAMAKTADIR.) | <ul style="list-style-type: none"> NUTRIVIGOR - REÇETE TARİHİNDEN ÖNCEKİ RAPORDA HERHANGİ BİR DÜZELTME OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. NUTRIVIGOR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |

| | | |
|---|--|--|
| 4 | <ul style="list-style-type: none">• RIVELIME 5 MG 21 SERT KAPSUL(RAPOR UYGUN DEĞİL.(N AZ 2 KÜR STANDART MULTİPLE MYELOM TEDAVİSİ (VAD, MP VEYA DİĞER STANDART ANTİMİYELOM REJİMLER) KULLANIM SONRASI HASTALIK PROGRESYONU GELİŞMİŞ HASTALARDAN;))• PAUSED 25 MG 21 SERT KAPSUL(RAPOR UYGUN DEĞİL.(EN AZ 2 KÜR STANDART MULTİPLE MYELOM TEDAVİSİ (VAD, MP VEYA DİĞER STANDART ANTİMİYELOM REJİMLER) KULLANIM SONRASI HASTALIK PROGRESYONU GELİŞMİŞ HASTALARDAN;))• JAVLOR 250 MG/ 10 ML INF. KONS. COZELTİSİ (1 FLAKON)(PLATİN BAZLI KEMOTERAPİ SONRASI PROGRESYON GÖSTEREN, ECOG PERFORMANS SKORU 0-1 OLAN İLERİ EVRE METASTATİK ÜROTELYAL KANSERLİ HASTALARDA REÇETE EDİLMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.(MADDE 4.2. HAS. ÖDENİR) | <ul style="list-style-type: none">• RIVELIME - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• PAUSED - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• JAVLOR -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 5 | <ul style="list-style-type: none">• REVLİMİD 15 MG 21 SERT KAP(ENDİKASYON DIŞI İLAÇ BAŞVURUSU LENALİDOMİDE, BORTEZOMİB, DEXAMETHASONE İÇİN YAPILMIŞ OLUP LENALİDOMİD TEK BAŞINA KULLANILMIŞ (AYRICA UYGULAMA TALİMATINA GÖRE 3 ÜNCÜ KÜR SONUNDA EN AZ MİNÖR YANIT OLMALIDIR) | <ul style="list-style-type: none">• REVLİMİD ; HASTANEDE UYGULANDIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 6 | <ul style="list-style-type: none">• ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF)(RAPORDA YAZILAN BASDAİ DEĞERLERİ UYGUN DEĞİL.BAŞLANGIÇ İLE GÜNCEL BASDAİ DEĞERİ SUT KRİTERLERİNE UYGUN DEĞİL) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 7 | <ul style="list-style-type: none">• APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET(RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 8 | <ul style="list-style-type: none">• PARICAVER 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN AMP (5 AMP)(REÇETEDEN YAZAN DÜZELTİLMİŞ CA DEĞERİ UYGUN DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">• PARICAVER; E-REÇETEDEN 02/02/2024 TARİHLİ CA DEĞERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|--|--|
| 9 | <ul style="list-style-type: none">• NEOCATE 400 GR(1.900 KCAL)RAPORDA GUNDE 10*15GR YAZILI (10*3,2ÖLÇEK)SISTEME 6*6 ÖLÇEK OLARAK GIRILINCE HER AY 1KUTU MAMA FAZLADAN (GUNDE 18GR BIR AYDA 540GR)MAMA VERİLDİĞİ İÇİN 2.,3. VE 4. AYADA ALGIĞI FAZLA MAMA MIKTARI KESİLMİŞTİR) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 10 | <ul style="list-style-type: none">• BOREA 160MG TB(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 11 | <ul style="list-style-type: none">• VALTRES 500 MG.42 TB.(REÇETEDE ENDİKASYON UYUMU YOK.)• VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA GÜNCEL HBSAG DURUMU BELİRTİLMEMİŞ.) | <ul style="list-style-type: none">• VALTRES ; C90 TANISINDA ENDİKASYON UYUMU ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.• VEMLIDY-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 12 | <ul style="list-style-type: none">• CRESTOR 10 MG.28 TABLET(LDL ÖLÇÜM DEĞERİ VE TARİHİ YOK.İDAME TEDAVİ DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORDA LDL 175 OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. |
| 13 | <ul style="list-style-type: none">• REXAPIN 2.5 MG 28 FILM TABLET(BU GRUP İLAÇLARIN KULLANIMI: 6 AYI AŞMIŞ.REÇETELEM VEYA RAPORDA PSİKİYATRİ HEKİMİ MEVCUT DEĞİL.)• ZEDPREX 20 MG.24 KAPSUL (SSRI)(BU GRUP İLAÇLARIN KULLANIMI: 6 AYI AŞMIŞ.REÇETELEM VEYA RAPORDA PSİKİYATRİ HEKİMİ MEVCUT DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">• REXAPIN ; SUT A GÖRE ; ATİPİK ANTİPSİKOTİK İLAÇLAR, DEMANSTA; PSİKİYATRİ, NÖROLOJİ VEYA GERİATRİ UZMAN HEKİMLERİ TARAFINDAN VEYA BU HEKİMLERDEN BİRİ TARAFINDAN DÜZENLENEN UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM HEKİMLER TARAFINDAN REÇETE EDİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.• ZEDPREX; RAPORSUZ 6 AYDAN FAZLA KULLANIM OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 14 | <ul style="list-style-type: none">• MOFECEPT 250 MG 100 KAP(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.) | <ul style="list-style-type: none">• S.B EK ONAYI ALINMADAN KULLANILABİLECEK ENDİKASYON DIŞI İLAÇ LİSTESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 15 | <ul style="list-style-type: none">• TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET(254 KODU İLE GİRİLMİŞ, MANUEL REÇETEDE UYGUN TEŞHİS BULUNMAMAKTADIR.) | <ul style="list-style-type: none">• KAĞIT REÇETEDE PERİFERİK İBARESİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|---|---|
| 16 | <ul style="list-style-type: none">CITOVİR 450 MG FILM TABLET (60 TABLET)(BÖBREK NAKLİ OLAN HASTALARDA SİTOMEGALOVİRÜS (CMV) HASTALIĞININ ÖNLENMESİNDE TRANSPLANTASYONDAN SONRAKİ 10 GÜN İÇİNDE BAŞLANAN PROFİLAKSİ SÜRESİ EN FAZLA 100 GÜNDÜR. BU SÜRENİN SONUNDA, CMV IGM VE IGG DEĞERLERİ NEGATİF OLAN HASTALARDA ENFEKSİYON HASTALIKLARI UZMAN HEKİMİ RAPORU İLE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE TRANSPLANTASYONDAN SONRAKİ EN FAZLA 200 ÜNCÜ GÜNE KADAR PROFİLAKSİ SÜRESİ UZATILABİLİR.RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR.HASTANIN DURUMU VE CMV IGM VE IGG DEĞERLERİ YOK.) | <ul style="list-style-type: none">NAKİL SONRASI 10 GÜN İÇİNDE BAŞLANMADIĞI VE 100 GÜNLÜK SÜRE GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 17 | <ul style="list-style-type: none">ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK)PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.) | <ul style="list-style-type: none">ABOUND-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 18 | <ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR KAKAOLU 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 19 | <ul style="list-style-type: none">OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(HASTADA GEBELİK DURUMU MEVCUT.KATILIM PAYLI ODENIR.)SEBRALER 50 MCG INHALASYON TOZU, 30 KAPSUL (LAMA)(SUT (MADDE 4.2.24.B/12) RAPORDA BELGELENMEMIS.)OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(HASTADA GEBELİK DURUMU MEVCUT. KATILIM PAYLI ODENIR.) | <ul style="list-style-type: none">OKSAPAR 6000- GEBELİKTE KATILIM PAYLI ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.SEBRALER- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.OKSAPAR- GEBELİKTE KATILIM PAYLI ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE. |
| 20 | <ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL 267 M KP.(LDL SONUCUNA AİT TARİH RAPOR TARİHİ İLE UYUMLU DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL- EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|--|---|
| 21 | <ul style="list-style-type: none">CASODEX 50 MG. 28 TABLET (ENDİKASYON UYUMU YOK) | <ul style="list-style-type: none">RAPORDAKİ AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 22 | <ul style="list-style-type: none">PEDIASURE PLUS FIBER VANILYA AROMALI 220 ML RPB(330 KCAL)(1- RAPORDA İLGİLİ ENTERAL BESLENME ÜRÜNÜNÜN ADI YOK. 2- MALNÜTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">MAMA ADI RAPORDA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 23 | <ul style="list-style-type: none">VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTANIN 05/2019 RAPORUNDAKİ İLACA GEÇİŞ KRİTERİ UYGUN DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 24 | <ul style="list-style-type: none">RAZINA 500 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (60 TABLET)(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 25 | <ul style="list-style-type: none">XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR ANTI-ANDROJEN (CASOMID 50 MG)İLACI MEVCUT OLUP BİRLİKTE KULLANIM İÇİN ENDİKASYON DIŞI BELGE GEREKLİ) | <ul style="list-style-type: none">SUTTAN VE PROSPEKTÜSTE ARDIŞIK VEYA KOMBİNE KULLANIM ENGELİ BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 26 | <ul style="list-style-type: none">DIAMICRON MR 60 MG 60 TABLET (RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 27 | <ul style="list-style-type: none">GENOTROPIN 36 IU (12 MG) GOQUICK ENJ. SOL. ICIN TOZ VE COZ. ICEREN KULL. HAZIR KALEM(ENDİKASYON DIŞI BELGESİNDEKİ TEŞHİSLE, RAPORDAKİ TEŞHİS UYGUN DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 28 | <ul style="list-style-type: none">RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)RESOURCE DIABET CİLEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|--|---|
| 29 | <ul style="list-style-type: none">FEMARA 2.5 MG 30 FTB(RAPORDAKİ TEŞHİSLE ÖDENMEZ) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 30 | <ul style="list-style-type: none">EVRENZO 70 MG FILM KAPLI TABLET (12 ADET)(HASTANIN İLACA GEÇİŞ KRİTERİ RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.RAPORDA BELİRTİLEN DURUMLAR GENEL HASTALAR İÇİNDİR.) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 31 | <ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPOR MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN OLMADIĞI İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 32 | <ul style="list-style-type: none">ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB.(RAPORDAKİ TEŞHİSLE ÖDENMEZ)VALTRES 500 MG.42 TB.(RAPORDAKİ TEŞHİSLE ÖDENMEZ)UNAMITY 4 MG FILM KAPLI TABLET (14 TABLET)(RAPOR SUT KRİTERLERİNE UYMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)COLASTIN-L 20 MG 90 FILM TB.(ŞON 1YIL İÇİNDE İLACA 6 AY ARA VERİLDİĞİ İÇİN İLAÇ KESİLDİ) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.VALTRES; C92 TANISINDA ENDİKASYON UYUMU ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.UNAMITY; SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ TEDAVİYE BAŞLANDIĞINDAN ÖDENMESİNE.COLASTIN; TEDAVİDE ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 33 | <ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZ AROMALI 190 ML (286 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL) | <ul style="list-style-type: none">SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ MALNUTRİSYON UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|---|---|
| 34 | <ul style="list-style-type: none"> • MACITRIN 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET(BU HASTALARIN ÜÇ AYLIK TEDAVİ SONRASI KONTROLÜNDE KLİNİK EFOR KAPASİTESİ (6 DAKİKA YÜRÜME TESTİ VEYA TREADMİL EFOR TESTİ), HEMODİNAMİ VEYA EKOKARDİYOĞRAFİK VERİLERİNDE DÜZELME OLMASI VEYA STABİL KALMASI DURUMUNDA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR. GÜNCEL BİLGİLERİNİN RAPORDA BELGELENMESİ GEREKİR.) • REVOLADE 50 MG 14 FTB(ENDİKASYON DIŞI RAPORUNUN SÜRESİ DOLMUŞ,ÖDENMEDİ.) | <ul style="list-style-type: none"> • MACITRIN-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • REVOLADE-ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNİN SÜRESİ DOLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR. |
| 35 | <ul style="list-style-type: none"> • FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTI(RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.) • REAMPLA 125 MG KAPSUL (21 KAPSUL)(RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.) • PIRFECT 200 MG 252 FILM TABLET(RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL AYRICA SB DAN ALINAN END DIŞI BELGEDEKİ TANI KODU DA UYGUN DEĞİL.) • PLETAL 100 MG 60 TABLET(RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.) • LENATU 15 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL)(RAPORDA SUT A GÖRE EKSİKLİKLER VAR.) • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(RAPORDA SAĞ GÖZ İÇİN TEDAVİDEN FAYDA GÖRDÜĞÜ YAZMIYOR.) • LENATU 10 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL)(RAPORDA SUT A GÖRE EKSİKLİKLER VAR VE RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUYLA İLGİLİ BİLGİLER YOK.) • EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(EYLEA ÖNCESİ UYGULANAN AVASTİN DOZLARI 4-6 HAFTA ARASI KURALINA UYMAMAKTADIR) | <ul style="list-style-type: none"> • FASLODEX VE REAMPLA; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • PLETAL-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • LENATU-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • LENATU-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • EYLEA; BEVACİZUMAB TEDAVİSİ 2021 YILINDA BİTTİĞİNDEN VE 12 HAFTA İÇİNDE OCT ÇEKİLİP TEDAVİYE BAŞLAMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR • PIRFECT-J84 TANISINDA ENDİKASYON DIŞI İLE ÖDENMEZ KAYDI BULUNDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR. |
| 36 | <ul style="list-style-type: none"> • ALIPZA 2 MG FILM TABLET(HASTANIN RAPOR TARİHİYLE UYUMLU ÖLÇÜLMÜŞ LDL SONUCU YOK.) | <ul style="list-style-type: none"> • EKLENEN LDL MEDULA HASTANEDE GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|--|--|
| 37 | <ul style="list-style-type: none">• LUSTRAL SPECIAL 100 MG 28 FILM TB. (SSRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)• RIVELIME 15 MG 21 SERT KAPSUL(DAHA ÖNCE ENDİKASYON DIŞI İLE C-90 İLE(ÖDENMEZ) BORTEZOMİB VE LENALİDOMİD KULLANILMIŞ,YENİ RAPORLA BU TEDAVİNİN NÜKS OLDUĞU BELİRTİLMİŞ.YENİ RAPOR İÇİN UYGUN DEĞİL.AYRICA PATOLOJİ MERKEZİ TARİHİ NUMARASI DA YOK.)• (LEVOTIRON 200 MCG 50 TABLET(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)• LEVOTIRON 125 MCG 50 TB(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)• ATEROZ 10 MG.30 FILM TABLET(İLACA 6 AYDAN FAZLA ARA VERİLMİŞ.LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)• BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(RAPORDA BELİRTİLEN KMY ÖLÇÜM BÖLGELERİ SUT DE İSTENEN BÖLGELER DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">• LUSTRAL SPECIAL- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• RIVELIME- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• LEVOTIRON; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• LEVOTIRON- RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• ATEROZ-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.• BONVIVA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 38 | <ul style="list-style-type: none">• PEDIASURE KAKAOLU 220 ML SİSE(220 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI HASTANIN YAŞINA UYGUN DEĞİL) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 39 | <ul style="list-style-type: none">• LEVOTIRON 125 MCG 50 TB(RAPOR DOZU AŞILMIŞTIR.) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 40 | <ul style="list-style-type: none">• ARANESP 20 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(6 AYDAN FAZLA ARA MEVCUT, BAŞLANGIÇ İÇİN HB DEĞERİ UYGUN DEĞİL.) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 41 | <ul style="list-style-type: none">• PRADAXA 150 MG 60 SERT KAPSUL(RAPORDA YAPILAN AÇIKLAMA İLE ÖDENMEZ) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 42 | <ul style="list-style-type: none">• ATOR 10 MG.30 TB.(RAPORDA LDL DEĞERİ YOK) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 43 | <ul style="list-style-type: none">• TRENAL CR 600 MG.20 FILM TB.(RAPOR DOZU 1*1) | <ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 44 | <ul style="list-style-type: none">• FORTINI MULTI FİBRE 200 ML(300 KCAL)(HASTA İDAME HASTASI OLUP RAPORU ÇIKARAN HEKİM UYGUN DEĞİL.)• FORTINI MULTI FİBRE CİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.) | <ul style="list-style-type: none">• FORTINI-İDAME RAPORU VE İLGİLİ UZMANLAR DÜZENLEMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|---|---|
| 45 | <ul style="list-style-type: none">TENIPRA 240 MG ENTERİK SERT KAPSUL (56 KAPSUL)(EDSS DEĞERİ BELGELENMEMİS.)FOSTER 100 MCG/6 MCG AER.INH.COZELT(LABA+IKS)(SUT (MADDE 4.2.24.B/12 TEDAVİ KRİTERLERİ UYGUN DEĞİL.)GLINIUM 50 MCG INHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA)(SUT (MADDE 4.2.24.B/12 TEDAVİ KRİTERLERİ UYGUN DEĞİL. | <ul style="list-style-type: none">TENIPRA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.FOSTER VE GLINIUM; 07/09/2019 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 46 | <ul style="list-style-type: none">JADIROX 360 MG FİLM KAPLI TABLET (30 TABLET)(GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ BELGELENMEMİS.)FUARTE NEO 360 MG FİLM KAPLI TABLET (30 FİLM KAPLI TABLET)(GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ BELGELENMEMİS.)JADIROX 180 MG FİLM KAPLI TABLET (30 TABLET)(GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ BELGELENMEMİS.) | <ul style="list-style-type: none">HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 47 | <ul style="list-style-type: none">TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ)TANSIFA PLUS 16 MG/5 MG/12.5 MG TABLET (28 TABLET)(RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL) | <ul style="list-style-type: none">TRELEGY- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.TANSIFA- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 48 | <ul style="list-style-type: none">BEBELAC PEPTİ JUNIOR 450 GR.TOZ(2.318 KCAL)(SADECE MALNUTRİSYON TANIMI İLE BU İLAÇ ÖDENMEZ) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 49 | <ul style="list-style-type: none">ZARZIO 30 MU/0.5 ML ENJEKSİYONLUK/İNFUZYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (5 ENJEKTOR)(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)FEPATİL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(HASTA İDAME HASTASI DEĞİL VE RAPORDA YENİ TG DEĞERİ YAZMIYOR.) | <ul style="list-style-type: none">ZARZIO; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.FEPATİL-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 50 | <ul style="list-style-type: none">ENOX 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML 10 KULL.HAZ.ENJ (GEBELİK TANISINDA HEPARİNLERİN MUAFİYETİ YOKTUR.) | <ul style="list-style-type: none">ENOX; 2024-12.KOM.KALAN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE KATILIM PAYI KESİLEREK İŞLEM YAPILMASINA. |

| | | |
|----|---|---|
| 51 | <ul style="list-style-type: none">SAIZEN 12 MG/1,5 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KARTUS (HASTA AYNI ZAMANDA BESLENME SOL. KULLANMAKTADIR. | <ul style="list-style-type: none">SAIZEN-2023-20.KOM.KALAN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE ÖDENMESİNE. |
|----|---|---|

