

18.11.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">DUXALTA 30 MG 28 KAP (254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS E REÇETEDE OLMADIĞI HALDE SİSTEME GİRİLMİŞ)DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI)(6 AYDAN UZUN SÜRE KULLANIMDA PSİKİYATRİ UZMANI TARAFINDAN REÇETE EDİLMELİYDİ)	<ul style="list-style-type: none">DUXALTA 30 MG 28 KAP;NÖROLOJİ UZMANI DİYABETİK PERİFERİK NÖROPATİ TANISINDA YAZABİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.DULOXX 30 MG 28 KAP;6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMDA RAPORDA VEYA REÇETEDE PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KEŞİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	<ul style="list-style-type: none">THINCAL 120 MG 84 KAP(HER REÇETE KİLO VERİLİŞ ORANINI BELİRTİLMESİ GEREKİR 418 İLE VERİLMEYE UYGUN DEĞİL)SEBRALER 50 MCG INHALASYON TOZU, 30 KAPSUL (LAMA)(HASTA KOMBİNE TEDAVİYE BAŞLAMASI İÇİN SUT HÜKMÜNE GÖRE 3 DOZ LABA+İKS KULLANMASI GEREKİR İNCELENDİĞİNDE KULLANMADIĞI GÖZLENMİŞTİR)	<ul style="list-style-type: none">THINCAL 120 MG 84 KAP;RAPORDA YADA REÇETEDE HASTANIN BİR ÖNCEKİ REÇETEYE GÖRE KAYBETTİĞİ KİLO, DİYET VE EGZERSİZE UYDUĞU, BMI DEĞERİ YAZMADIĞINDAN KEŞİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.SEBRALER 50 MCG INHALASYON TOZU; ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (PTH DÜZEYİ 300 PG/ML'NİN ÜZERİNDE OLMAK KOŞULUYLA PTH DÜZEYİNDE BİR ÖNCEKİ ÖLÇÜME GÖRE %25'İN ÜZERİNDE ARTIŞ TESPİT EDİLEN HASTALARDA PARİKALSİTOL TEDAVİSİ BAŞLANABİLİR. (HASTANIN PTH DEĞERİ 309) 10/2020 TARİHİNDEKİ DEĞERLER İLE 418 KODU İLE VERİLMEYE DEVAM EDİLMİŞ DEVAM KRİTERİNE UYGUN OLMASI DURUMUNDA ILACA DEVAM EDİLEBİLİR HASTA DIYALİZE GİRMEKTEDİR)PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (EN FAZLA 3 AY ÖNCESİNE AİT ALBUMİN İLE DÜZELTİLMİŞ SERUM KALSİYUM DÜZEYİ, SERUM FOSFOR DÜZEYİ VE PTH DÜZEYİ SONUÇLARI HER REÇETEDE VEYA RAPORDA BELİRTİLİR HASTA HEMODİYALİZE GİRMEKTEDİR BU DEĞERLERE BAKILMADAN 418 KODU İLE VERİLMİŞ)PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (PTH DÜZEYİ 300 PG/ML'NİN ÜZERİNDE OLMAK KOSULUYLA PTH DÜZEYİNDE BİR ÖNCEKİ ÖLCÜME GÖRE %25'İN ÜZERİNDE ARTIŞ TESPİT EDİLEN HASTALARDA PARİKALSİTOL TEDAVİSİ BASLANABİLİR PTH DEĞERİ 595)FOSAMAX 70 MG.4 TB.(GÜLHANE EAH NÜKLEER TIP KMD (23.07.2019): LOMBER TOTAL T SKORU: -3.0 KMY ÖLÇÜMÜ HER İKİ YILDA BİR YENİLENMELİDİR 2 YILLIK SÜREYİ DOLDURDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (PTH DÜZEYİ 300 PG/ML'NİN	<ul style="list-style-type: none">PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNEPARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNEPARICAL VE CYNACAL; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNEFOSAMAX 70 MG.4 TB; SUTUN 4.2.17.A-2 MADDESİNE GÖRE KMY ÖLÇÜMÜ RAPORDA ÖNCEKİ SON İKİ YIL İÇİN YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN KEŞİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.

	<p>ÜZERİNDE OLMAK KOŞULUYLA PTH DÜZEYİNDE BİR ÖNCEKİ ÖLÇÜME GÖRE %25'İN ÜZERİNDE ARTIŞ TESPİT EDİLEN HASTALARDA PARİKALSİTOL TEDAVİSİ BAŞLANABİLİR.PTH DEĞERİ 369 AYRICA EN FAZLA 3 AY ÖNCESİNE AİT ALBUMİN İLE DÜZELTİLMİŞ SERUM KALSİYUM DÜZEYİ, SERUM FOSFOR DÜZEYİ VE PTH DÜZEYİ SONUÇLARI HER REÇETEDE VEYA RAPORDA BELİRTİLİR.HASTA HEMODİYALİZE GİRMEKTEDİR YENİ DEĞERLERE BAKILMADAN 418 KODU İLE VERİLMİŞ)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (ALBUMİN İLE DUZELTİLMİS SERUM KALSİYUM DUZEYİ 10,2 MG/DL VE SERUM FOSFOR DUZEYİ 5,5 MG/DL'NİN ALTINDA OLMAK KOSULUYLA; PARATHORMON (PTH) DUZEYİ 600 PG/ML'NİN UZERİNDE OLAN HASTALARDA BEDELI ÖDENİR. HASTANIN PTH DEĞERİ 600 VE P DEĞERİ 5,96 OLDUĞU İÇİN BEDELI ÖDENMEDİ) • PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (ALBUMİN İLE DUZELTİLMİS SERUM KALSİYUM DUZEYİ 10,2 MG/DL VE SERUM FOSFOR DUZEYİ 5,5 MG/DL'NİN ALTINDA OLMAK KOSULUYLA; PARATHORMON (PTH) DUZEYİ 600 PG/ML'NİN UZERİNDE OLAN HASTALARDA BAŞLANIR P DEĞERİ 5,68 OLDUĞU İÇİN VE EN FAZLA 3 AY ÖNCESİNE AİT ALBUMİN İLE DÜZELTİLMİŞ. SERUM KALSİYUM DÜZEYİ, SERUM FOSFOR DÜZEYİ VE PTH DÜZEYİ SONUÇLARI HER REÇETEDE BELIRTIKEREK İLACA DEVAM EDİLMEDİĞİ İÇİN BEDELI ÖDENMEDİ) • CYNACAL 30 MG 28 FILM TABLET (HEMODİYALİZ VEYA PERİTON DİYALİZ TEDAVİSİ ALTINDAKİ HASTALARDAN ALBUMİN İLE DÜZELTİLMİŞ SERUM KALSİYUM DEĞERİ 8,4 MG/DL OLANLARDA CİNACALCET TEDAVİSİ KESİLİR. RAPORDAKI ESKİ DEĞERLE VERİLMEME DEVAM EDİLMİŞ HASTA DİYALİZ HASTASI 	
4	FOSAMAX 70 MG.4 TB.(10/10/2018 TARİHLİ KMY SONUCU İLE İLAÇ VERİLMEME DEVAM EDİLMİŞ 10/10/2020 TARİHİNDE KMY OLÇUM SONUCUNUN SURESI DOLMUŞ)	FOSAMAX 70 MG.4 TB;SUT UN 4.2.17.A-2.MADDESİNE GÖRE KMY ÖLÇÜMÜ RAPORDA ÖNCEKİ SON İKİ YIL İÇİN YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
5	<ul style="list-style-type: none"> • SAIZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS(DOZ İZLEMDE HASTANIN VÜCUT AĞIRLIĞINA GÖRE AYARLANACAKTIR. RAPOR BİR YIL SÜRE İLE GEÇERLİDİR.) • FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(OSTEOPOROZDA İLAÇ TEDAVİSİ, DÜZENLENECEK RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE SON İKİ YIL İÇİNDE YAPILAN KEMİK MİNERAL YOĞUNLUK (KMY) ÖLÇÜMÜYLE PLANLANIR. HASTANIN ÖLÇÜMÜ 2 YILI GEÇMİŞTİR) 	<ul style="list-style-type: none"> • SAIZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS; RAPORA YAPILAN EKLEMEME GÖRE ÖDENMESİNE. • FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB; SUT UN 4.2.17.A-2.MADDESİNE GÖRE KMY ÖLÇÜMÜ RAPORDA ÖNCEKİ SON İKİ YIL İÇİN YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
6	CLOGAN 75 MG 28 FTB (İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, RİVAROKSABAN) KONTRENDİKEDİR.)	CLOGAN 75 MG 28 FTB ; İLACIN KONTRENDİKASYONLARINDA BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.

7	<ul style="list-style-type: none"> EZETROL 10 MG.28 TABLET (RAPORDAN ÖNCEKİ SON 6 AY STATİN GRUBU BİR İLAÇ KULLANMAMIŞ. BAŞLAMA KRİTERLERİNE UYGUN DEĞİL) EMSELEX 7.5 MG 28 TABLET (275 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK) 	<ul style="list-style-type: none"> EZETROL 10 MG.28 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE EMSELEX 7.5 MG 28 TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	<ul style="list-style-type: none"> RYZODEG FLEXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (5 KALEM) (RAPOR AÇIKLAMASI EKSİK.) XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(RAPOR AÇIKLAMASI EKSİK VE UYGUN DEĞİL.İLK RAPORU.) 	<ul style="list-style-type: none"> RYZODEG FLEXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM; RAPORDA SIK HİPOGLİSEMİ GÖZLENMEKTEDİR YAZDIĞINDAN ÖDENMESİNE. XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORDA 6 AYLIK ANTİHİSTANİNİK TEDAVİSİNDEN FAYDA GÖRMEDİĞİ OLDUĞUNDAN VE ‘‘ 12 HAFTALIK OMALİZUMAB TEDAVİSİNE YANIT ALINMAMIŞTIR’’ İBARESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
9	VALAMOR 200 MG FİLM KAPLI TABLET (63 TABLET)(NÜKS/METASTATİK MEME KANSERİ İÇİN DAHA ÖNCE HİÇBİR ENDOKRİN TEDAVİ ALMAMIŞ VEYA ADJUVAN TEDAVİNİN TAMAMLANMASINDAN 12 AY SONRA NÜKS/METASTAZ GELİŞMİŞ HASTALARDA LETROZOL İLE KOMBİNE OLARAK KULLANILMASI HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ KARŞILANIR. BU HASTADA ADJUVAN TEDAVİ 09/2018 YILINDA BAŞLAMIŞ VE 09/2020 TARİHİNDE ADJUVAN TEDAVİ DEVAM EDERKEN METAZTAZ GELİŞMİŞ OLDUĞU İÇİN BEDELI ÖDENMEDİ)	VALAMOR 200 MG FİLM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
10	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 ORTYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
11	DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (HASTA 06 2019 TARİHİNDE NÖROLOJİ UZMANI İLE TEDAVİYE BAŞLAMIŞ SUT HÜKMÜNE GÖRE 6 AY SONRA PSİKİSTR TARAFINDAN TEDAVİYE DEVAM ETMELİ)	DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL;6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTIRAZIN REDDİNE.
12	ELIQUIS 5 MG FİLM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	ELIQUIS 5 MG FİLM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF)(16 HAFTALIK İLAÇ KULLANIM SÜRESİ SONUNDA BAŞLANGIÇ PASI DEĞERİNE GÖRE EN AZ %75 İYİLEŞME OLDUĞUNUN YENİ DÜZENLENECEK REÇETE/RAPORDA BELİRTİLMESİ HALİNDE TEDAVİYE DEVAM EDİLİR.02/2021 DEN BERİ HASTA HUMIRA KULLANIYOR)	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI;ANTI TNF LER İÇİN PASI DEĞERİ İSTENMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
14	CLOGAN 75 MG 28 FTB (İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, RİVAROKSABAN) KONTRENDİKEDİR.)	CLOGAN 75 MG 28 FTB; İLACIN KONTRENDİKASYONLARINDA BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> URSOVEF 750 MG 30 FİLM KAPLI TABLET (DEKOMPANSE KARACİĞER SİROZUNUN OLMADIĞI DURUMLARDA PRİMER BİLİYER 	<ul style="list-style-type: none"> URSOVEF 750 MG 30 FİLM KAPLI TABLET; RAPOR TANISINA UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

	<p>SİROZUN (PRİMER BİLİYER KOLANJİT) TEDAVİSİNDE ÖDENİR.RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ERTINOB 150 MG 30 FTB (EPİDERMAL BÜYÜME FAKTÖRÜ RESEPTÖRÜ (EGFR) GEN EXON 19 DELESYONU VE/VEYA EXON 21 (L858R) MUTASYONU, AKREDİTE BİR LABORATUVARDA GÖSTERİLMİŞ METASTATİK NONSKUAMÖZ KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ HASTALARININ BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİSİNDE VE YUKARIDA TANIMLANAN MUTASYON VE DELESYONU OLAN NONSKUAMÖZ KÜÇÜK HÜCRELİ DIŞI AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA BİR BASAMAK KEMOTERAPİ SONU PROGRESYONUNDA İKİNCİ BASAMAK TEDAVİSİNDE PROGRESYONA KADAR BU DURUMLARIN BELİRTİLDİĞİ RAPORLA ÖDENİR. 	<ul style="list-style-type: none"> • ERTINOB 150 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
16	FORTIMEL DRİNK ÇİKOLATA AROMALI 500 ML(500 KCAL)(RAPORDA HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI YOK)	FORTIMEL DRİNK ÇİKOLATA AROMALI 500 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	HIVERAC 245 MG 30 FTB(İLACA BAŞLAMA KRİTERİ NET OLARAK ANLAŞILAMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILDI)	HIVERAC 245 MG 30 FTB ;KARACİĞER SİROZU OLDUĞUNDAN RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE
18	EXCIPIAL LIPO %4 EMULSİYON 200 ML (RAPORDA 2*15ML YAZILI 6 GUNDE 1 KUTU TUKETİLECEĞİ İÇİN SİSTEME 4 GUNDE 2 KT OLARAK YAPILAN GİRİŞ DUZELTİLİNCE SİSTEM 15 KT BEDELİ ÖDEDİ)	EXCIPIAL LIPO %4 EMULSİYON 200 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE 3 KUTUSU 10 GÜNDE BİTECEK ŞEKİLDE GİRİLMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none"> • EFEXOR XR 75 MG.28 KAPSUL (SNRI) (RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ) • DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL)(6 AYI GEÇTİĞİNDEN VE RAPORU NÖROLOJİ UZMANI ÇIKARDIĞINDAN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ) • DYLOXIA 30 MG 28 KAP(6 AYI GEÇTİĞİNDEN VE RAPORU NÖROLOJİ UZMANI ÇIKARDIĞINDAN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ) • KEPPRA 100 MG/ML 300 ML ORAL COZ (PROSPEKTÜSTEKİ MAKSİMUM DOZ GİRİLDİ.) • NEOCATE JUNIOR VANILYA AROMALI 400 GR 1.(HASTA 2 YAŞINI GEÇMİŞ) • XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET)(HASTANIN 16.HAFTADAKİ TEDAVİYE CEVAP DURUMU BELİRTİLMEMİŞ) • LİORESAL 10 MG.50 TB.(RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> • EFEXOR XR 75 MG.28 KAPSUL;NÖROLOJİ UZMANINCA DÜZENLENEN RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL; NÖROLOJİ UZMANINCA DÜZENLENEN RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • DYLOXIA 30 MG 28 KAP; NÖROLOJİ UZMANINCA DÜZENLENEN RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • KEPPRA 100 MG/ML 300 ML ORAL COZ; PROSPEKTÜSTEKİ MAKSİMUM DOZA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE. • NEOCATE JUNIOR VANILYA AROMALI 400 GR; 1. HASTA 2 YAŞINI GEÇMİŞ OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE. • XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. • LİORESAL 10 MG.50 TB;(RAPORDAKİ ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ)
20	GENİVIG HUMAN İMMUNGLOBULİN 5 G/100 ML İNTRAVENOZ İNFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK (YETERLİ SÜRE STEROİD KULLANIMI YOK)	GENİVIG HUMAN İMMUNGLOBULİN 5 G/100 ML İNTRAVENOZ İNFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

21	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK.(ANTI TNF)(RAPORDAKI 0.2.6 HAFTALARDA İDİKSİYON 4-8 HAFTA ARA İLE İDAME DOZU MAHALİNDE TEDAVİSİ UYGUNDUR. ŞEKLİNDE BELİRTİLEN TEDAVİ PROTOKOLÜNE GÖRE DOKTOR İLK REÇETESİ 90 GÜNDE 20 ADET OLARAK YAZMIŞ İDAME TEDAVİYİ ECZANE 418 KODU İLE BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNDEKİ MİKTARIN AYNISINI ÇIKMIŞTIR 8 HAFTA ARA İLE 450 MG OLARAK BEDELİ ÖDENMİŞTİR)	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE 4 HAFTADA 1 OLARAK GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.
22	<ul style="list-style-type: none"> TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(AÇIKLAMALAR EKLENME ZAMANI EN AZ ÜÇ AY SÜRE İLE İKS+LABA İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİRHASTA DAHA ÖNCE LABA VE İKS KULLANMAMIŞ) DULOXX 60 MG 28 KAP (SNRI)(RAPORDAKİ DOZ 1*60MG FAKAT 2*60MG OLARAK ÇIKIŞ YAPILMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET;RAPORDAKİ İBAREYE GÖRE ÖDENMESİ DULOXX 60 MG 28 KAP;AÇIKLAMA KISMINDAKİ DOZA GÖRE ÖDENMESİNE
23	<ul style="list-style-type: none"> ROLASTYM COMBI 12/400 MCG İNHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60 KAPSUL (LABA+İKS)(LAMA İE BERABER KULLANILMASI İÇİN RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.) ALIPZA 2 MG FILM TABLET (HASTANIN İNME RAPORU YOK VE 2 LDL SONUCU BELİRTİLMEMİŞ.) ERDOSTIN 300 MG.20 KAPSUL (RAPORDA UYGUN İCD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> ROLASTYM COMBI 12/400 MCG İNHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. ALIPZA 2 MG FILM TABLET;AÇIKLAMA KISMINDA İNME OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE ERDOSTIN 300 MG.20 KAPSUL; PROSPEKTÜS ENDİKASYONLARINA GÖRE KOAH HASTALARINDA YARDIMCI TEDAVİDE KULLANILMAKTADIR. ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR 20 MG.30 TB. (HASTA İLACA ARA VERMİŞ VE İDAME OLARAK ALAMAZ.) ABAVİR 245 MG 30 FTB (RAPORDA DEVAM KRİTERİ BELİRTİLMEMİŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR 20 MG.30 TB; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. ABAVİR 245 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none"> FOSAMAX 70 MG.4 TB. (LOMBER L1-L4 TSKOR:-2.1 DEĞERİ İLE BEDELİ ÖDENMEZ RAPORDA AYRICA L4 DEĞERİ YAZILMIŞ ANCAK L1-L4 ARALIĞI DİKKATE ALINMAKTADIR) LANICZOL 5 MG/100 ML IV INF İÇİN KONSANTRE ÇÖZ İÇEREN 1 FLK (HASTA 58 YAŞINDA OLDUĞU İÇİN 16.09.2021 TARİHLİ FEMUR BOYUT-SKORU:-2.9 DEĞERİ İLE BEDELİ ÖDENMEZ) FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ TANISI İLE BEDELİ ÖDENMEZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> FOSAMAX 70 MG.4 TB; HASTANIN AYNI ZAMANDA ÇÖLYAK HASTALIĞI OLDUĞUNDAN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. LANICZOL 5 MG/100 ML IV INF İÇİN KONSANTRE ÇÖZ İÇEREN 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL)(YAŞINA GÖRE BOY VE/VEYA KİLO GELİŞİMİ 2 STANDART SAPMANIN ALTINDA(<-2SD) OLAN ÇOCUKLARDA BEDELİ ÖDENİR.)	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET (5 TABLET)(KEMOTERAPİYİ TAKİBEN GÜNDE İKİ KEZ BİR TABLET (1 MG) VEYA 2 MG GÜNDE BİR KEZ BİR HAFTAYA KADAR KULLANILIR 21/09/2021 TARİHİNDE TEKRAR 2 KT ÇIKIŞI YAPILDIĞI İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ.	GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET; 08/09 VE 22/09 DE İKİ KEZ KEMOTERAPİ ALDIĞINDAN ÖDENMESİNE.

28	SAIZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS (HASTA EPILEPSI HASTASI VE YILLIK OLARAK UZAMA HIZINA ,EPIFİZLERİN AÇIK OLUP OLMADIĞINA ,KEMİK YAŞINA,BOYUNA BAKILIP ONA GÖRE DEVAM EDİLMESİ GEREKİR RAPORDAKİ DEĞERLER 03/2020 TARİHİNE AIT DEĞERLER)	SAIZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	ARANESP 150 MCG.4 KULL. HAZIR SIRINGA (RAPORDA SERUM ERİTROPOİETİN DÜZEYİ 500 ÜN ALTINDA DEĞİL VE GÜNCEL HG DÜZEYİ BELİRTİLMEMİŞ.)	ARANESP 150 MCG.4 KULL. HAZIR SIRINGA; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
30	<ul style="list-style-type: none"> DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (6 AYDAN UZUN SÜRE KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA İSE PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLMESİ VEYA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENEN UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. ÖDENMEDİ.) XARELTO 15 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL;NÖROPATİK AĞRI KODUNA GÖRE ÖDENMESİNE. XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	<ul style="list-style-type: none"> SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (İLAÇ KULLANIMINDA İDRARDA OPOİD KALINTISININ OLMADIĞI REÇETEDEN BELİRTİLMESİ GEREKİR 418 İLE VERİLMeye UYGUN DEĞİL) SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (İLACIN KULLANIMINA DEVAM EDİLEBİLMESİ İÇİN İDRARDA OPOİD TESPİTİ YAPILIP BULUNMADIĞININ BELİRTİLMESİ GEREKİR 418 İLE VERİLMeye UYGUN DEĞİL) 	<ul style="list-style-type: none"> ÜÇ REÇETEYLE İLGİLİ İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İLAÇ İDRAR TAHLİL SONUCU OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
32	ATOR 20 MG.30 TB.(SON 1 YILDIR BU İLACI KULLANMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	ATOR 20 MG.30 TB; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.