

20.05.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	XARELTO 15 MG 28 FTB (EN AZ 2 AY SÜRE İLE VARFARİN KULLANILMASINDAN SONRA EN AZ BİRER HAFTA ARA İLE YAPILAN SON 5 ÖLÇÜMÜN EN AZ ÜÇÜNDE VARFARİN İLE HEDEFLenen INR DEĞERİNİN 2-3 ARASINDA TUTULAMADIĞI DURUMLARDA VARFARİN KESİLEREK DABİGATRAN BAŞLANABİLİR)	XARELTO 15 MG 28 FTB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (E-REÇETEDE DOZ 0,35Ü , VA 45 KG 20 CG'LIK ARANESP ÖDENİR.)	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA;E-REÇETEDeki YÜKLEME DOZU İFADESİYLE BİRLİKTE DİLKEÇE EKİNDE DOKTOR GÖRÜŞ YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
3	TERNAVİR 245 MG 30 FTB (RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL.)	RAPORDA BELİRTİLDİĞİ GİBİ 15/03/2021 TARİH SAYILI HERHANGİ BİR IMMUNOSUPRESİF RAPORU OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
4	KAPEDA 500 MG 120 FTB (hastanın rapordaki kürüne göre kesinti yapıldı)	KAPEDA-GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN KONU HAKKINDAKİ GÖRÜŞ YAZISINA VE RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE 14*4/ 21 GÜNDE ŞEKLİNDE İŞLEM YAPILMASINA.
5	<ul style="list-style-type: none">TENOVİRAL 245 MG 30 FTB (HASTANIN GÜNCEL HBSAG DEĞERLERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)REVOLADE 50 MG 14 FTB (HASTANIN GÜNCEL TROMBOSİT DEĞERİ BULUNMAMAKTADIR.)REVLİMİD 25 MG 21 SERT KAP (HASTANIN ÇIKAN ENDİKASYON DIŞI BELGESİNE GÖRE GÜNDE 10 MG KULLANMASI GEREKLİ, HASTAYA SÜREKLİ 25 MG DOZDA VERİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">TENOVİRAL- TEDAVİNİN DEVAMI İÇİN GEREKLİ GÜNCEL HBS AG DEĞERİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.REVOLADE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.REVLİMİD 25 MG- ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNDE VE 23/10/2020 TARİHLİ GÜNCEL RAPORDA 10 MG LİK DOZ KULLANILACAĞI BELİRTİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
6	ERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL (RAPORDAKİ TEŞHİSLE ÖDENMEZ)	ERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB (RAPORDA İLACA UYGUN AÇIKLAMA BULUNMAMAKTADIR)	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	MODULEN İBD 400 GR (2000 KCAL) (RAPORDA 6*4 ÖLÇEK YAZILI BU DA 100GR MODULEN İBD MAMAYA TEKABUL EDİYOR MAMA 400GR OLDUĞU İÇİN 4 GÜNDE BİR 1KT MAMA BİTİYOR SİSTEME 1*1 OLARAK GİRİLMİŞ OYSA 4 GÜNDE 1 KT ŞEKLİNDE GİRİLMELİYDİ BU ŞEKİLDE GİRİŞ YAPILINCA SİSTEM 8 KT ÖDEDİ)	MODULEN İBD 400 GR; BİR ÖLÇEK 8,33 G A DENK GELDİĞİNDEN 24*8,33= 200 G GÖRE DOZUN 1*1/ -2 GÜNDE ŞEKLİNDE GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.
9	ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (DARBOPOETİNLERDE HASTANIN HBG DEĞERİNE GÖRE UYGULANACAK DOZA DOKTOR KARAR VERİR VE BU DOZ HBG DEĞERİNE GÖRE DEĞİŞİM GÖSTERİR HBG DEĞERİ BELLİ OLMADAN 418 KODU İLE ÇIKIŞ YAPILAMAZ)	ARANESP 60 MCG.4 KULL. HAZIR SIRINGA; DİLEKÇE EKİNDE GÜNCEL TAHLİL SONUÇLARI BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
	DYLOXIA 30 MG 28 KAP (6 AYDAN UZUN SÜRE	DYLOXIA 30 MG 28 KAP; DYLOXIA- 6 AYDAN

10	KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA İSE PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLMESİ VEYA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENEN UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLDİĞİNDE ÖDENEBİLEN İLAÇ.)	FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
11	FEROUT 360 MG 30 FILM KAPLI TABLET (HASTANIN GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ BULUNMAMAKTADIR.)	FEROUT 360 MG 30 FILM KAPLI TABLET ; İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ OLAN GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
12	<ul style="list-style-type: none"> • LODUX 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞ.BU RAPORLA 6 AYDAN UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA REÇETİYİ PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİNİN YAZMASI GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIRİ) • PARKYN 0.250 MG 100 TB (211 UYARI KODU GİRİLMESİNE RAĞMEN HUZURSUZ BACAK SENDROMU TANISI RAPORDA YER ALMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • LODUX- 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. • PARKYN 0.250 MG 100 TB; G25.8 ICD-10 KODU UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
13	REVOLADE 50 MG 14 FTB (İLACIN KULLANILACAK İDAME DOZU VEYA İLAÇA DEVAM VEYA SONLANDIRMA KARARI HER 6 AYDA BİR BAKILAN TROMBOSİT DEĞERİNE GÖRE BELİRLENİR HASTANIN TROMBOSİT DEĞERİNE EN SON 01/2020 TARİHİNDE BAKILMIŞ VE YENİ TETKİKLER OLMADAN İLAÇ VERİLMEMEYE DEVAM EDİLMİŞ)	REVOLADE 50 MG 14 FTB; İDAME TEDAVİ VE DOZ AYARI İÇİN GEREKLİ GÜNCEL TROMBOSİT DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
14	ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL (TEDAVİYE BAŞLANDIKTAN 3 AY SONRA ÜROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN TEDAVİYE YANIT ALINDIĞININ VE TEDAVİYİ KESMEYİ GEREKTİRECEK YAN ETKİLERİN ORTAYA ÇIKMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULU İLE 3 AY DAHA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR. TEDAVİYE YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA 6. AYIN SONUNDA TEDAVİ KESİLİR.)	ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL;SUT UN EK-4/F-69. MADDESİ GÖREĞİ İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ TEDAVİDEN FAYDA GÖRDÜĞÜ YADA YAN ETKİ GELİŞTİĞİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
15	<ul style="list-style-type: none"> • XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE REÇETE EDİLİR. SON ALDIĞI XOLAİR'İN BİTİM TARİHİ 19.07.2020(17.12.20019/.....SAYILI RAPOR) OLUP NÜKS RAPORUNUN ÇIKIŞ TARİHİ 22.07.2020 DİR.) • SPIRIVA 18 MCG. İNHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) (RAPOR ÇIKARILAN TARİHTEN GERİYE DÖNÜK İLAÇ KULLANIMINDA EN AZ 3 AY SÜRE İLE LABA+İKS KULLANIMI TESPİT EDİLEMEMİŞTİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • XOLAİR-RAPORA YAPILAN EKLEMEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. • SPIRIVA- İLK KOAH RAPORU İLE ÖNCESİNDE ÜÇ AY SÜREYLE LABA+İKS KULLANIMI OLMADAN ÜÇLÜ KOMBİNASYON TEDAVİSİ VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
16	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR (HEMOGLOBİN DEĞERİNE GÖRE KULLANILACAK DOZ DEĞİŞİKLİK GÖSTERDİĞİ VE HASTA HEMODİYALİZE GİREN HASTA OLDUĞU İCİN (DİYALİZE GİTTİĞİNDE HBG DEĞERİ BAKILABİLİR) 418 KODU İLE VERİLEMEZ)	EPORON- 217 UYARI KODUYLA İLGİLİ GÜNCEL HG FERRİTİN VEYA TSAT SONUCU OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR

17	<ul style="list-style-type: none"> TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA) (EN AZ 3 AY SÜREYLE İNHALE KORTİKOSTEROİD (İKS) VE UZUN ETKİLİ SOLUNUM YOLU BETA-AGONİSTLERİ (LABA) İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR HASTANIN GEÇMİŞTE BU İLAÇLARI KULLANMADIĞI SİSTEMDE GÖRÜLDÜĞÜNDEN BEDELİ ÖDENMEMİŞTİR) REVLİMİD 25 MG 21 SERT KAP (RAPORDA" LENALİDOMİD 25MG/GÜN (1-14 GÜNLER ARASI)21 GÜNDE BİR 2 KÜR KULLANILMASI UYGUNDUR" İBARESİ VARDIR BU HASTANIN 4. KURU OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ) LYRICA 75 MG 14 KAPSUL (RAPORDA PREGABALIN 1*1 YAZILI ANCAK HASTAYA 150MG LİK FORMDAN 1*1 75MG LİK FORMDAN 1*1 VERİLMİŞ 150MG LİK FORMIUN BEDELİ ÖDENDİ) ELOCON %0.1 30 GR POMAD (ELİDEL KREM RAPORDA AYDA MAX 3 KT YAZILI RAPORA GÖRE SİSTEME KAYIT YAPILDI SİSTEM BU İŞLEM YAPILINCA ELOCON POMATTA KESİNTİ YAPTI .) 	<ul style="list-style-type: none"> TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG; 10 GÜN ÖNCE DÜZENLENEN KOAH RAPORUYLA İLAÇ ALINMADIĞINDAN, LABA+İKS KULLANIMI OLMADAN ÜÇLÜ KOMBİNE TEDAVİ ALAMAYACAĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. REVLİMİD 25 MG 21 SERT KAP; BORTEZOMİB İLE KEMOTERAPİ ALMAYA DEVAM ETTİĞİ TESPİT EDİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. LYRICA - RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. ELOCON - SİSTEM TARAFINDAN YAPILAN KESİNTİYLE İLGİLİ İTİRAZIN REDDİNE.
18	TEGELİNE 10 G 200 ML (HASTANIN SİSTEMDE KAYITLI ‘‘ ENDİKASYON DIŞI KULLANIM BELGESİ ‘‘ YOKTUR.)	TEGELİNE 10 G 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	SYNAGIS 50 MG/0,5 ML İM ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN 1 FLAKON (HASTAYA 6. DOZDA VERİLDİĞİ İÇİN KESİLDİ.)	SYNAGIS 50 MG/0,5 ML İM ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN 1 FLAKON;BİR RSV SEZONUNDA 5 DOZ VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
20	FERİNJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (HASTANIN RAPORDAKİ TEŞHİSİ İLE ÖDENMEZ)	FERİNJECT 500 MG 10 ML 1 FLK;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	IG-VENA N IV 50MG/ML 200 ML 1 FLK (SUT 4.2.12.B - F) (KRONİK İNFLAMATUVAR POLİNÖROPATİ (CİDP) VE MMN ENDİKASYONLARINDA İSE STEROİD TEDAVİSİNE (PULS VE İDAME TEDAVİSİNE EN AZ 6 AY) YETERSİZ CEVAP VEYA STEROİD TEDAVİSİNE KANITLANMIŞ KOMPLİKASYON VE/VEYA KONTRENDİKASYON DURUMLARINDA...) ÖDENİR. YETERLİ SÜRE STEROİD KULLANIMI YOKTUR.)	IG-VENA N IV 50MG/ML 200 ML 1 FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	SUKROFER 100 MG/5ML IV 5 AMP (RAPOR İCD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	SUKROFER 100 MG/5ML IV 5 AMP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	FORTİNİ MULTİ FİBRE MUZ 200 ML (300 KCAL) (RAPORUN AÇIKLAMALAR KISIMINDAKİ BESLENME ÜRÜNÜNÜN KULLANIM MİKTARI 2*1 OLDUĞUNDAN DOZ DÜZELTİLMİŞTİR.)	FORTİNİ MULTİ FİBRE MUZ 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	GLUCERNA SR VANİLYA AROMALI 230 ML.(206 KCAL) (GLUCERNA SR İLİŞKİLENDİRİLDİĞİ RAPORDA ADI YOK GLUCERNA SR OLARAK BESLENME SOLUSYONUNUN ADININ BELİRTİLDİĞİ RAPORLA İLİŞKİLENDİRİLİNCE SİSTEM BARKODLU İLACIN AYAKTAN RAPORLU ÖDENMESİ İÇİN GEREKLİ ŞARTLAR SAĞLANAMIYOR. SEBEP(LER)İ ; * MAKSİMUM RAPOR SÜRESİ UYUMSUZ. (336252) UYARISINI VERİYOR)	GLUCERNA SR VANİLYA AROMALI 230 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

25	TECFIDERA 240 MG ENTERİK SERT KAPSUL (56 KAPSUL) (EDSS) 5,5 VE ALTINDA OLAN, RELAPS VE REMİSYONLA SEYREDEN GÜNCEL MULTİPL SKLEROZ (MS) TANI KRİTERLERİNİ KARŞILAYAN HASTALARDA BAŞLANIR TEDAVİ ALTINDA İKEN EDSS 6,5 ÜZERİNDE OLAN MS HASTALARINDA BU TEDAVİLER SONLANDIRILIR. RAPOR ÇIKARILIRKEN HASTANIN EDSS DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ VE YENİ TARİHLİ EDSS SKORUNA GÖRE DEVAM EDİLİR VEYA TEDAVİ KESİLİR)	TECFIDERA 240 MG ENTERİK SERT KAPSUL ; SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCE ÇIKAN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> • TEMODAL 100 MG.5 KAPSUL (TEMOZOLAMİD DOZ HESABI İÇİN HASTANIN VÜCUT YÜZEY ALANI RAPORDA YOK.) • TEMODAL 250 MG.5 KAPSUL (TEMOZOLAMİD DOZ HESABI İÇİN HASTANIN VÜCUT YÜZEY ALANI RAPORDA YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> • TEMODAL 100 MG.5 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • TEMODAL 250 MG.5 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none"> • RESPIRO-D 50 MCG/500 MCG INH İCİN TOZ İCEREN KAPS (LABA+İKS) (LABA LAMA İKS 3LÜ KOMBİNASYONUNA GÖRE RAPOR UYGUN DEĞİL) • TIOUMIT 18 MCG INH. İCİN TOZ İCEREN 30 KAPSUL (LAMA) (LABA LAMA İKS 3LÜ KOMBİNASYONUNA GÖRE RAPOR UYGUN DEĞİL) 	<ul style="list-style-type: none"> • RESPIRO-D 50 MCG/500 MCG INH İCİN TOZ İCEREN KAPS; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • TIOUMIT 18 MCG INH. İCİN TOZ İCEREN 30 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
28	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML (500 KCAL) (İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
29	XARELTO 20 MG 28 FTB (EN AZ 2 AY SÜRE İLE VARFARİN KULLANILMASINDAN SONRA EN AZ BİRER HAFTA ARA İLE YAPILAN SON 5 ÖLÇÜMÜN EN AZ ÜÇÜNDE VARFARİN İLE HEDEFLenen INR DEĞERİNİN 2-3 ARASINDA TUTULAMAMASI HALİNDE VARFARİN KESİLEREK RİVAROKSABAN BAŞLANABİLİR)	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
30	TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH İCİN TOZ 60 DOZ (LAMA) (R SUT A UYGUN DEĞİL)	TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH İCİN TOZ 60 DOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
31	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (E-REÇETEDE HASTANIN GEBE OLDUĞU BELİRTİLMİŞİTR. GEBELİK TANISINDA KATILIM PAYLI ÖDENİR.)	OKSAPAR- RAPOR TANISINA GÖRE MUAF ÖDENMESİNE.
32	NOOTROPİL 800 MG.30 TB. (RAP 2*1)	NOOTROPİL- REÇETEYLE İLİŞKİLİ 27/09/2018 TARİHLİ RAPORDA DOZ 2*1 OLDUĞUNDAN , ÖNCEKİ RAPORDA İSE TANI KODU UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
33	<ul style="list-style-type: none"> • ATERVIX 75 MG 28 FTB (RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.) • LYRICA 150 MG 56 KAPSUL (RAPOR DOZU 2*1 İLAÇ HER İKİ MG İÇİN UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> • ATERVIX -SUT UN 4.2.15.A -2. MADDESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. • LYRICA 150-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB (KMY ÖLÇÜMÜ UYGUN DEĞİL.)	FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
35	<ul style="list-style-type: none"> • FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL) (RAPORDA BU BESLENME SOLUSYONUN ADI YOK) • FEROUT 360 MG 30 FILM KAPLI TABLET (<ul style="list-style-type: none"> • FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML; 01/03/2021 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	HASTANIN RAPORUNDA YAPILAN AÇIKLAMALARLA ÖDENMEZ VE HASTAYA AİT FERRİTİN DEĞERİ DE BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none"> FEROUT 360 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
36	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (E-REÇETEDE GEBELİK DURUMU BELİRTİLMİŞTİR. GEBELİK TANISINDA KATILIM PAYLI ÖDENİR.)	OKSAPAR-RAPOR TANISINA GÖRE MUAF ÖDENMESİNE.
37	CONCERTA 36 MG. 30 TABLET (ÇOCUKLAR VE ADOLESANLARDA 12 AYDAN FAZLA KULLANIM DURUMUNDA TEDAVİYE KARAR VEREN DOKTORUN FARKOTERAPİ OLMAKSIZIN İŞLEVSELLİĞİNİ DEĞERLENDİRMEK AMACI İLE BELİRLİ ARALIKLARDA İLAÇSIZ DENEME SURESİ İLE İLAÇIN UZUN SURE Lİ FAYDASINI TEKRAR DEĞERLENDİRMELİDİR. METILFENİDAT KULLANIMI EN AZ YILDA BİR KEZ KESİLMELİ VE ÇOCUĞUN DURUMU TEKRAR DEĞERLENDİRİLMELİDİR 418 KODU İLE İLAÇ VERİLMEMEYE DEVAM EDİLMİŞ)	CONCERTA 36 MG. 30 TABLET; HASTANIN BİR ÖNCEKİ 02/02/2021 TARİHLİ E-REÇETESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
38	RESOURCE ENERGY CİLEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL) (RAPORDAKİ KALORİ MİKTARINA GÖRE TEKRAR HESAPLANDI)	RESOURCE ENERGY CİLEK AHUDUDU AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
39	CEDRINA 25 MG 30 FILM TABLET (ICD KODU UYGUN DEĞİL.)	CEDRINA 25 MG 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
40	GYREX 50 MG 30 FILM KAPLI TABLET (RAPORDAKİ DOZA GÖRE DÜZELTİLDİ)	GYREX 50 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	FRESUBIN YOCREME KAYISI-ŞEFTALİ AROMALI (4*125 G) (750 KCAL) (I67 KODUNDA KATILIM PAYLI ÖDENİR.)	FRESUBIN YOCREME KAYISI-ŞEFTALİ AROMALI; I67 TANISINDA MUAFİYET OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
42	DILTİZEM 30 MG.48 TB. (RAP. 1*30MG)	DILTİZEM 30 MG.48 TB; 11/11/2020 TARİHLİ İLGİLİ RAPORUN DÜZENLENDİĞİ TARİHTE RAPORU DÜZENLEYEN HEKİMİN E-REÇETESİNDEKİ DOZ 2*1 OLDUĞUNDAN VE E-RAPORA 1*30 ADET YAZDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
43	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (E-REÇETEDE GEBELİK TANISI BULUNMAKTADIR.GEBELİK TANISINDA KATILIM PAYLI ÖDENMEKTEDİR.)	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR;RAPOR TANISINA GÖRE MUAF OLARAK ÖDENMESİNE.
44	BRİLİNTA 90 MG 56 FILM TABLET (SUT 4.2.15.E GEREĞİNCE:TEDAVİ SÜRESİ 1 YILDIR (13 KUTU). İLAÇIN HASTAYA TEKRAR KULLANIMI ANCAK HASTADA AYNI KOŞULLARIN YENİDEN OLUŞMASI HALİNDE MÜMKÜNDÜR. DENİLDİĞİNDEN VE 22.04.2020 RAPORUNA İSTİNADEN BU REÇETE DAHİL TOPLAMDA 16 KUTU ÇIKIŞ OLDUĞUNDAN, 418 KODLU BU REÇETEDE 3 KUTU ÖDEME DIŞI BIRAKILDI.)	BRİLİNTA- AYNI RAPOR İLE BİR YIL İÇİNDE 13 KUTU SINIRI AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
45	KETYA 25 MG 30 FTB (RAPORDAKİ DEMANS TEŞHİSİNDE G30.8 ICD-10 KODU İLE ÖDENMEZ.)	KETYA 25 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
46	FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML CİKOLATA AROMALI(200 KCAL) (RAPORDA FORTINI MULTIFİBER YAZILI FORTINI 1,0 MULTIFİBER OLARAK HASTAYA VERİLMİŞ)	FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML CİKOLATA AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

47	<ul style="list-style-type: none"> LIPOFEN SR 250 MG.30 KAPSUL (RAPOR ÇIKARILAN TARİHTEN GERİYE DÖNÜK SON ALTI AY İÇERİSİNDE İLAÇ KULLANIMI YOKTUR. RAPOR TARİHİ İLE UYUMLU TGL. ÖLÇÜM SONUCU GEREKLİDİR.) EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB (EK 4 F MADDE 51) LIPANTHYL 267 M KP. (RAPOR ÇIKARILAN TARİHTEN GERİYE DÖNÜK SON ALTI AY İÇERİSİNDE İLAÇ KULLANIMI YOKTUR. RAPOR TARİHİ İLE UYUMLU TGL. ÖLÇÜM SONUCU GEREKLİDİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> LIPOFEN- RAPORUN ÇIKIYIĞI TARİHTEN GERİYE DÖNÜK SON ALTI AY İÇERİSİNDE İLAÇ KULLANIMI OLMADIĞINDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. EXFORGE -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. LIPANTHYL-RAPOR ÇIKARILAN TARİHTEN GERİYE DÖNÜK SON ALTI AY İÇERİSİNDE İLAÇ KULLANIMI İLE GÜNCEL TRG DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
48	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML (RAPORDAKI DOZ 3*15IU ANCAK 2*30IU OLARAK VERİLMİŞ)	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
49	CLONEX 25 MG.50 TABLET (418 KODU İLE İLAÇ VERİLMİŞ.GRANÜLOSİT İZLEM FORMU OLMADIĞI İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	CLONEX 25 MG.50 TABLET; REÇETESİZ TEDAVİ KAPSAMINDA ÖDENMESİNE.
50	GAMUNEX-C %10 50 ML IV/SC ENJ ICIN COZ ICEREN FLK (SUT 4.2.12.B - F) (KRONİK İNFLAMATUVAR POLİNÖROPATİ (CIDP) VE MULTİFOKAL MOTOR NÖROPATİ (MMN) ENDİKASYONLARINDA İŞE STEROİD TEDAVİSİNE (PULS VE İDAME TEDAVİSİNE EN AZ 6 AY) YETERSİZ CEVAP VEYA STEROİD TEDAVİSİNE KANITLANMIŞ KOMPLİKASYON VE/VEYA KONTRENDİKASYON DURUMLARINDA) YETERLİ SÜRE STEROİD KULLANIMI YOKTUR)	GAMUNEX-C %10 50 ML IV/SC ENJ ICIN COZ ICEREN FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
51	RESOURCE PROTEIN ÇIKOLATALI 200 ML (250 KCAL) (RAPORUN AÇIKLAMALAR KISMINDAKİ RESOURCE PROTEİN DOZU 3*1 OLMASINA RAĞMEN REÇETEDE 4*1 VERİLDİĞİNDEN DOZ 3*1 OLARAK DÜZELTİLMİŞTİR.)	RESOURCE PROTEIN ÇIKOLATALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
52	UROMISIN 3 G TOZ ICEREN SASE (FOSFOMİSİN ORAL FORMLARI; SADECE ALT ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU TEDAVİSİNDE 10 GÜN İÇİNDE EN FAZLA 2 SAŞE KULLANILMASI HALİNDE ÖDENİR.)	UROMISIN 3 G TOZ ICEREN SASE; UYARI KODUNA UYGUN ALT ÜRİNER SİSTEM ENF. TANISI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
53	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (OTOİMMUN HEPATİT TANISINDA KULLANIMI ENDİKASYON DIŞI KULLANIM OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP; 2/10/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
54	IMURAN 25 MG FILM KAPLI TABLET (RAPORDA AZOTİOPURİN 2*1 OLARAK BELİRTİLMİŞ 50MG LİK FORM 3*1 25MGLİK FORM 2*1 OLARAK HASTAYA VERİLMİŞ)	IMURAN 25 MG FILM KAPLI TABLET; ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
55	XARELTO 20 MG 28 FTB (EN AZ 2 AY SÜRE İLE VARFARİN KULLANILMASINDAN SONRA EN AZ BİRER HAFTA ARA İLE YAPILAN SON 5 ÖLÇÜMÜN EN AZ ÜÇÜNDE VARFARİN İLE HEDEFLenen INR DEĞERİNİN 2-3 ARASINDA TUTULAMAMASI HALİNDE VARFARİN KESİLEREK RİVAROKSABAN TEDAVİSİNE BAŞLANABİLİR)	XARELTO 20 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
56	ZELBORAF 240 MG 56 FILM TABLET (ZELBORAF SUT HUKUMLERİNE GÖRE RAPOR 6 AY SURELİDİR VE PROGRESYONA KADAR KULLANILIR HASTANIN RAPORUNDA DA İLACIN PROGRESYONA KADAR KULLANILACAGI BELİRTİLMİŞ 2019 YILINDAN BERİ İLACI KULLANIYOR VE PROGRESYON OLUP OLMADIĞI BİLİNMEDEN İLAÇ VERİLMEYE DEVAM EDİLİYOR)	ZELBORAF 240 MG 56 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
57	<ul style="list-style-type: none"> ONZYD 4 MG AGIZDA DAGILAN 10 TB (KEMOTERAPİDEN SONRA 1 HAFTALIK DOZ ÖDENİR.) EMETRİL 2 MG 5 FTB (KEMOTERAPİDEN 	<ul style="list-style-type: none"> ONZYD 4 MG AGIZDA DAGILAN 10 TB;KEMOTERAPİYİ TAKİBEN 1 HAFTAYA KADAR KULLANILDIĞINDAN İTİRAZIN

	SONRA 1 HAFTALIK DOZ ÖDENİR.)	<p>REDDİNE.</p> <ul style="list-style-type: none"> • EMETRİL 2 MG 5 FTB; KEMOTERAPİYİ TAKİBEN 1 HAFTAYA KADAR KULLANILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
58	UROMISIN 3 G TOZ ICEREN SASE (FOSFOMİSİN ORAL FORMLARI; SADECE ALT ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU TEDAVİSİNDE 10 GÜN İÇİNDE EN FAZLA 2 SAŞE KULLANILMASI HALİNDE ÖDENİR.)	UROMISIN 3 G TOZ ICEREN SASE;UYARI KODU İLE İLGİLİ TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
59	GABASET 600 MG 50 FTB (ICD-10 KODU UYGUN DEĞİL.)	GABASET 600 MG 50 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
60	XARELTO 15 MG 28 FTB (EN AZ 2 AY SÜRE İLE VARFARİN KULLANILMASINDAN SONRA EN AZ BİRER HAFTA ARA İLE YAPILAN SON 5 ÖLÇÜMÜN EN AZ ÜÇÜNDE VARFARİN İLE HEDEFLenen INR DEĞERİNİN 2-3 ARASINDA TUTULAMADIĞI DURUMLARDA VARFARİN KESİLEREK DABİGATRAN BAŞLANABİLİR)	XARELTO 15 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
61	XARELTO 20 MG 28 FTB(SUT MADDE 4.2.15.D/1 GÖRE BDELİ ÖDENİR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
62	NEXAVAR 200 MG 112 FTB (DAHA ÖNCE VEGF-TKİ GİBİ HEDEFE YÖNELİK BİR TEDAVİ ALMAMIŞ CERRAHİ VE RADYOTERAPİ GİBİ LOKAL TEDAVİLERE UYGUN OLMAYAN VEYA BU TEDAVİLER SONRASI PROGRESYON GÖSTEREN, SON 14 AY İÇERİSİNDE RECIST KRİTERLERİNE GÖRE PROGRESYON GÖSTERMİŞ RADYOAKTİF İYOT TEDAVİSİNE DİRENÇLİ LOKAL RELAPS VEYA METASTATİK DİFERANSİYE TİROİD KANSERLERİNDE MONOTERAPİ OLARAK PROGRESYONA KADAR KULLANILABİLİR. RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.)	NEXAVAR 200 MG 112 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE