

22.04.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<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 KARŞILANACAK İLAÇ.)SPIRIVA 18 MCG. INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) (ASUT.2.4.24 E GÖRE ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMAYAN RAPOR)	<ul style="list-style-type: none">DUXET ; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY ÇOKLUĞU SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.SPIRIVA 18 MCG. INHALASYON 30 KAPSUL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">EFEKOR XR 75 MG.28 KAPSUL (SNRI) (11.04 TEŞHİS KODLU RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİM TARAFINDAN ÇIKARILMIŞTIR. BU RAPOR İLE 6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILMASI GEREKEN DURUMDA REÇETeyİ PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ YAZMALIDIR. BU SEBEBPLE (TEŞHİS KODLU RAPOR SEÇİLMİŞTİR.)DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞ. BU RAPOR İLE 6 AYDAN UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILDIĞINDAN PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN REÇETE EDİLMESİ GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">EFEKOR; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMASI GEREKTİĞİNDEN , GERİLİM TİPİ BAŞAĞRISI RAPORU İLE EŞLEŞTRİLMİŞ VE KATILIM PAYI KESİLMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.DUXET ;6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY ÇOKLUĞU SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
3	DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞ.6 AYDAN UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILMASI GEREKTİĞİNDE REÇETE PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN YAZILMASI GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	DUXET- 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIM OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY ÇOKLUĞU SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
4	DULESTER 30 MG 28 KAP (RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞ.12.09.2019 ÖNCESİ ÇIKAN RAPORLAR SÜRESİ SONUNA KADAR GEÇERLİDİR. FAKAT BU RAPORA İSTİNADEN 6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE İLAÇ KULLANIMASI GEREKEN DURUMDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN REÇETE EDİLMESİ GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	DULESTER İKİ FARKLI ANTİDEPRESAN İLACI (30/09/2020 TARİHLİ SSRI GRUBU) İLACI 6 AYDAN FAZLA KULLANDIĞI HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN LUSTRAL ; BU REÇETE ÖNCESİ VE SONRASINDA TRİSİKLİK ANTİDEPRESAN GRUBU İLAÇ ALDIĞINDAN VE İLAÇ DEĞİŞİMİNDE PSİKİYATRİ UZMANI YAZMASI GEREKTİĞİNDEN VE TANI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. 2DWMRUP - TRIO - REÇETENİN İADESİNE.
5	DULOXX 60 MG 28 KAP (SNRI) (6 AYDAN UZUN SÜRE KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLMESİ DURUMUNDA ÖDENİR)	DULOXX 60 MG 28 KAP;6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIM OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY ÇOKLUĞU SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
6	<ul style="list-style-type: none">LUSTRAL 50 MG.28 CENTIKLI TB.(SSRI) (TEŞHİS; PROSPEKTÜSÜNDE YER ALAN ENDİKASYONLARINA UYGUN DEĞİL.)TRIO 6X14 BLISTER TEDAVI PAKETİ (DİSPEPSİ VEYA SİNDİRİM HATALIKLARI OLARAK ÖDENMEZ. H.PYLORİ VEYA DUEDONAL ÜLSER DE ÖDENİR.)	LUSTRAL ; BU REÇETE ÖNCESİ VE SONRASINDA TRİSİKLİK ANTİDEPRESAN GRUBU İLAÇ ALDIĞINDAN VE İLAÇ DEĞİŞİMİNDE PSİKİYATRİ UZMANI YAZMASI GEREKTİĞİNDEN VE TANI UYGUN OLMADIĞINDAN LUSTRAL ; BU REÇETE ÖNCESİ VE SONRASINDA TRİSİKLİK ANTİDEPRESAN GRUBU İLAÇ ALDIĞINDAN VE İLAÇ DEĞİŞİMİNDE PSİKİYATRİ UZMANI YAZMASI GEREKTİĞİNDEN VE TANI UYGUN OLMADIĞINDAN

		İTİRAZIN REDDİNE. TRIO - REÇETENİN İADESİNE.2DWMRUP - TRIO - REÇETENİN İADESİNE.
7	PERFOSE 800 MG 180 FTB (REÇETE TARİHİNDEKİ FOSFOR DEĞERİ BELLİ DĞİL. 418 İLE VERİLMİŞ)	PERFOSE ; TEDAVİNİN DEVEM/KESİLME KRİTERİ OLAN REÇETE TARİHİ ÖNCESİ SON BİR AY İÇİNDE YAPILMIŞ P DEĞERİ EKLENMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY ÇOKLUĞU SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
8	<ul style="list-style-type: none"> ZENO 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET) (TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU <3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN <300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR. DEVAM KRİTERİ RAPORA EKLENMEMİŞ OLDUĞUNDAN) ZENO 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET) (TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU <3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN <300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR. DEVAM KRİTERİNE AİT DEĞER RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİNDEN.) 	<ul style="list-style-type: none"> ZENO - EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. ZENO - EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
9	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 KADARKULLANILIR)	GRANEXA 1 MG; KEMOTERAPİYİ TAKİBEN 1 HAFTAYA KADAR KULLANILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (HASTANIN DİABETİ YOK)	BENEDAY ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (E-REÇETEDKİ FERRİTİN DEĞERİ 100 ÜN ALTINDA OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	ARANESP ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	GRANOCYTE 34 MU ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK LIYOFİLİ (İLACIN İÇİNDE 5 ADET OLDUĞUNDAN 1 KUTU ÖDENDİ.)	GRANOCYTE 34 MU; KUTU İÇİNDE 1 FLK. BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
13	GRANOCYTE 34 MU ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK LIYOFİLİ (GÜNLÜK GRANOCYTE 34 UYGULAMALARINA, NÖTROFİLLERDE BEKLENEN DÜŞME GEÇENE VE NÖTROFİL SAYISI TEDAVİNİN KESİLMESİNE İZİN VERECEK DÜZEYE GELİNCEYE KADAR DEVAM EDİLMELİDİR. 418 KODU İLE BU DEĞERLER BİLİNMEDEN VERİLMEZ)	GRANOCYTE; HASTANIN KEMOTERAPİ ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE BİR GÜN ÖNCEKİ DOKTOR REÇETESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none"> CLONEX 100 MG.50 TABLET (418 İLE VERİLMİŞ. GRANÜLOSİT İZLEM FORMU YOK) CLONEX 100 MG.50 TABLET (418 İLE VERİLMİŞ. GRANÜLOSİT İZLEM FORMU YOK) 	<ul style="list-style-type: none"> CLONEX 100 MG.50 TABLET ;418 İLE VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. CLONEX 100 MG.50 TABLET ;418 İLE VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
15	NERUDA 600 MG 50 FTB (TANIYA AİT ICD-10 KODU UYGUN DEĞİL.)	NERUDA 600 MG 50 FTB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (16 HAFTANIN SONUNDA TEDAVİDEN CEVAP ALINMASI HALİNDE BU DURUMUN BELİRTİLECEĞİ 1 YIL SÜRELİ YENİ SAĞLIK KURULU RAPORU DÜZENLENEREK YİNE BU HEKİMLERCE REÇETELENİR.16 HAFTALIK SÜRE SONUNDA HASTANIN DURUMU BİLİNMEDEN 418 KODU İLE İLAÇ DEVAM EDİLMİŞ.)	XOLAİR ; ASTİM TANISIYLA VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
17	XTANDİ 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL) (SAĞLIK BAKANLIĞINDAN YAPILAN SORGULAMA SONUCUNDA ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ KAYDI BULUNAMADI.)	XTANDİ 40 MG YUMUSAK KAPSUL ;EKLENEN BELGEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

18	DOXIUM 500 MG 60 KAPSUL (ICD-10 KODU UYGUN DEĞİL.)	DOXIUM;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	STABLON 60 FILM TABLET (RAPORDAKİ DOZ 3MG,REÇETEDE 12,5MG)	STABLON 60 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	VALTRES 1000 MG 21 FTB (ENDİKASYON YETERSİZ (BU İLACIN KULLANIMINDA ENDİKASYON UYUMU ARANACAKTIR) (MADDE 4.1.4/4)	VALTRES ; ENDİKASYON DIŞI VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
21	CORTAIR 0,5 MG/ML NEB ICIN TEK DOZLUK INH SUSP ICEREN FLAKON (20 FLAKON)(İKS) (DAHA ÖNCE EN AZ 3 AY SÜRE İEL LABA+LAMA KOMBİNASYONU KULLANMAMIŞTIR.)	SUT UN 4.2.24-B-11. MADDESİNE GÖRE İKS GRUBU İLAÇLARIN NEBUL FORMLARI BU MADDE KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMEMEYECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"> • ARAVA 10 MG.30 FILM TB. (SAĞLIK BAKANLIĞINDAN YAPILAN SORGULAMA SONUCUNDA ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ KAYDI BULUNAMADI.) • ARAVA 20 MG.30 FILM TB. (SAĞLIK BAKANLIĞINDAN YAPILAN SORGULAMA SONUCUNDA ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ KAYDI BULUNAMADI.) 	<ul style="list-style-type: none"> • ARAVA; ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
23	GRANEXA 1 MG FILM KAPLI TABLET (10 TABLET) (PROSPEKTÜSE GÖRE; KEMOTERAPİYİ TAKİBEN GÜNDE İKİ KEZ BİR TABLET (1 MG) VEYA 2 MG GÜNDE BİR KEZ BİR HAFTAYA KADAR KULLANILACAĞINDAN 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)	GRANEXA -KEMOTERAPİYİ TAKİBEN 1 HAFTAYA KADAR KULLANILABİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
24	<ul style="list-style-type: none"> • CEDRINA 25 MG.30 FILM TABLET (OPİOİD KULLANIMINA BAĞLI BAĞIMLILIK SENDROMUNDA ÖDENMEZ.) • RISPERDAL 1 MG.20 TABLET (OPİOİD KULLANIMINA BAĞLI BAĞIMLILIK SENDROMUNDA ÖDENMEZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • CEDRINA- İLGİLİ UZMAN RAPORSUZ YAZDIĞINDAN ÖDENMESİNE. • RISPERDAL- İLGİLİ UZMAN RAPORSUZ YAZDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
25	TIOUMIT 18 MCG INH. ICIN TOZ ICEREN 30 KAPSUL (LAMA) (AYNI DÖNEMDE LABA LAMA İKS 3LÜ KOMBİNASYONUNU KULLANDIĞI VE RAPORDA BUNA DAİR AÇIKLAMA OLMADIĞI İÇİN KEŞİLDİ.)	TIOUMIT-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (ENDİKASYON DIŞI KULLANIM.)	RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
27	SYNAGIS 50 MG/0,5 ML IM ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 1 FLAKON (SYNAGIS BİR REÇETEDE KİLOGRAM BAŞINA 15 MG KULLANILIR. HASTANIN KİLOSU 550 MG OLDUĞUNA GÖRE HASTA BİR REÇETEDE 8.25 MG ALDIĞINDAN DOLAYI KEŞİNTİ YAPILMIŞTIR)	SYNAGIS, E-REÇETEDE GÜNCEL KİLO 6700 GR OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN 6,7*15 MG HESABIYLA 2 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİNE.
28	<ul style="list-style-type: none"> • REXAPIN 5 MG.28 FILM TABLET (ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL) • TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA) (LABA LAMA İKS 3LÜ KOMBİNASYONUNA GÖRE ÖDENMEZ) • LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET (RAPORDAKİ AÇIKLAMA YETERLİ DEĞİL) 	<ul style="list-style-type: none"> • REXAPIN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • TRELEGY -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE • LIXIANA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
29	INSPRA 25 MG 30 FTB (INSPRA;SUT'UN (EK-4/F-58). NOLU MADDESİNE İSTİNADEN RAPORDAKİ EKSİKLİK 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE GİDERİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR. SUT'UN İLGİLİ İFADESİ RAPORA KOPALANMIŞ VE "HASTALARIN" ŞEKLİNDE GENELLEME YAPILDIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	INSPRA 25 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
30	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (HASTA 12+12 HAFTALIK TEDAVİYİ ALMIŞ. BU SÜRE SONUNDA HEKİMİN	XOLAİR ; 09/09/2020 TARİHLİ RAPORLA BAŞLANAN TEDAVİDE 24 HAFTALIK KULLANIM BİR ÖNCEKİ REÇETEEYLE TAMAMLANMIŞTIR. 24 HAFTALIK

	BELİRLEYECEĞİ ARA SONRASI NÜKS GELİŞMESİ HALİNDE TEDAVİYE DEVAM EDEBİLİR. HASTA 24 HAFTALIK TEDAVİ SONRASI ARA VERMEDEN KULLANMAYA DEVAM ETTİĞİ İÇİN KESİLDİ.)	TEDAVİDEN SONRA NÜKS DURUMU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
31	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (E-REÇETEDKİ FERRİTİN DEĞERİ 100'ÜN ALTINDA OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)(FERRİTİN DEĞERİ:70.8)	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ;TAHLİL SONUCUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
32	LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (YÜKLEME DOZU TAMAMLANMAMIŞTIR. DOZLAR ARASINDA 4-6 HAFTADAN FAZLA ARA VERİLMİŞTİR.)	LUCENTIS; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME GÖRE ÖDENMESİNE.
33	<ul style="list-style-type: none"> • URSOVEF 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET (K21 ICD10 KODUNDA ÖDENMEZ.) • D-COLEFOR 20.000 IU 14 YUMUSAK KAPSUL (YALNIZCA RUHSATLI ENDİKASYONDA REÇETELENMESİ HALİNDE BEDELİ ÖDENİR.) • BETMIGA 50 MG UZATILMIS SALIMLI 30 FILM TABLET (275 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • URSOVEF-RAPORA YAPILAN EKLEMEME GÖRE ÖDENMESİNE. • D-COLEFOR - İADE EDİLMESİNE. • BETMIGA-RAPORA YAPILAN EKLEMEME GÖRE ÖDENMESİNE.
34	<ul style="list-style-type: none"> • ARANESP 150 MCG.4 KULL.HAZIR SIRING (GÜNCEL DEĞERLERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.) • PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL) (MALNUTRİSYON TANIMI RAPORDA YOK) 	<ul style="list-style-type: none"> • ARANESP -RAPORA YAPILAN EKLEMEME GÖRE ÖDENMESİNE. • PEDIASURE -RAPORA YAPILAN EKLEMEME GÖRE ÖDENMESİNE.
35	<ul style="list-style-type: none"> • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (SUT MADDE 42.33/5 TEDAVİYİ YÜRÜTEN HEKİM TARAFINDAN HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİNİN RAPORDA BELİRTİLMESİ KAYDIYLA MEVCUT ANTI-VEGF İLAÇ İLE TEDAVİYE DEVAM EDİLMESİ MÜMKÜNDÜR) • ERBITUX 100 MG/20 ML IV INFUZYON ICIN COZ ICEREN 1 FLK (FOLFOX VEYA FOLFORİ KOMBİNASYON REJİMİ İLE BİRLİKTE KULLANILMADIĞINDAN BEDELİ ÖDENMEZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • LUCENTIS; RAPORDA OCT 250 NİN ÜZERİNDE OLDUĞU VE TEDAVİYE DEVAM KARARI VERİLDİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. • ERBITUX;EKLENEN EPİKRİZE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
36	VASTEREL MR 35 MG 60 FTB(RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)	VASTEREL MR 35 MG 60 FTB;RAPOR TANISI UYGUN OLMADIĞINDAN VE RAPORSUZ OLARAK ERKEN ALIM OLDUĞUNDAN ÖDENEMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
37	FORTINI MULTI FIBRE ÇIKOLATA 200 ML (300 KCAL) (RAPORDA BESLENME SOLÜSYONUNUN ADI YOK.)	FORTINI MULTI FIBRE ÇIKOLATA 200 ML;16/01/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.