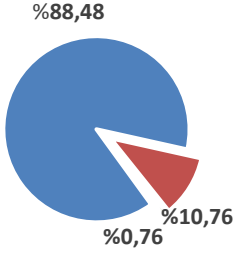


25.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=130

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
115



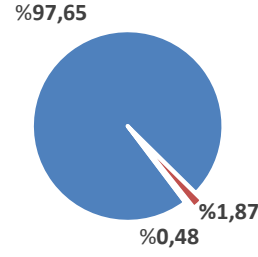
■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST
KOMİSYONA
GİDEN
DOSYA SAYISI
1

ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
14

25.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
6 867 015,26 ₺



■ ÖDENEN DOSYA
■ ÖDENMEYEN DOSYA
■ ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST
KOMİSYONA
GİDEN TUTAR
33 335,24 ₺

ÖDENMEYEN
TUTAR
131 288,46 ₺

22.08.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">ZEJULA 100 MG SERT 56 KAP.(rapor SUT uygun değil)XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(Xtandi için hastanın raporu SUT'un 4.2.14.C/3-u-2 maddesindeki Enzalutamid kullanım koşullarını karşılamamaktadır;(<50 ng/dl))	<ul style="list-style-type: none">ZEJULA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.XTANDI-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">REGEN-D 150 MCG JEL(tedavisi öncesinde uygulanan konvansiyonel tedaviler ve uygulama sürelerinin sağlık kurulu raporunda belirtilmemis.Osteomyelite bağlı ülserlerde osteomyelitin olmadığı/tedavi edilmiş olduğunu ortopedi ve travmatoloji uzman hekimi tarafından BELİRTİLMEMİS.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">IXIFI 100 MG I.V. INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMADA KULLANILACAK KONSANTRE ICIN TOZ (ANTI TNF)(RAPOR ACIKLAMA KISMINDAKI BİLGİLER TESHİS İLE UYUMLU DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(rapor sut şartlarına uygun değil)BEXATEN %1 JEL (60 G)(iade sonucu istenen teşhis eksikliğindeki eksiklik yüzünden kesildi.)	<ul style="list-style-type: none">TRELEGY -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.BEXATEN %1 JEL- İADE SONRASI YAPILAN EKLEME UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

5	<ul style="list-style-type: none">• EVOLVIA RP 2 (400 G) 1976 KCAL(hastanede çocuk immun.ve alerji uz var görünüyor.)	<ul style="list-style-type: none">• GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">• ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(geçmişte varfarin kullanımına rastlanmamıştır)	<ul style="list-style-type: none">• ELIQUIS- ECZANELER SON BİR YILLIK İLAÇ GEÇMİŞİNİ GÖREBİLDİĞİNDEN RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">• REFECTO AF 500 IU IV ENJ. COZ. IC. TOZ VE COZUCU 1 FLAKON(Yabancı ülke vatandaşının sağlık hizmetinin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununun 64 (c) maddesine göre değerlendirilebilmesi için kronik hastalığın başladığı tarih raporda yok.)	<ul style="list-style-type: none">• REFECTO -İLK TANI TARİHİNDEN ÖNCE 4/B SİGORTALISI OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">• TANSIFA PLUS 16 MG/5 MG/12.5 MG TABLET (28 TABLET)(rapordaki açıklama sut a uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">• VISCAP 60 MG 28 FTB(PTH düzeyi 300 pg/ml'nin altına düşen hastalarda cinacalcet tedavisi kesilir)	<ul style="list-style-type: none">• VISCAP; E REÇETEDe PTH 1231 OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">• HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(AS) tanılı biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 nonsteroid antiinflamatuvar ilaç maksimum dozunda kullanılmamıştır.)	<ul style="list-style-type: none">• HUMIRA; ANTI TNF TEDAVİSİNE 2021 YILINDA BAŞLANDIĞINDAN , ECZANELERİN SON BİR YILLIK İLAÇ GEÇMİŞİ GÖREBİLECEĞİNDEN RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">• XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(Her 6. doz uygulamasından sonra olmak üzere, hekimin belirleyeceği ara verme süresi sonunda nüks ortaya çıkması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla ödenir)• XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(a)kemoterapinin kontrendike olduğu veya diabetes mellitus tanısı olan, ya da b) dozetaksel temelli kemoterapiye dirençli olan hasta olması şartıyla ödenir)	<ul style="list-style-type: none">• XOLAIR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• XTANDI-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">• DROPOETIN 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN KULL HAZIR 6 SIRINGA(HGB DEĞERİ VE DOZ UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• E REÇETEDeKİ GÜNCEL HGB DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">• FOSAMAX 70 MG.4 TB.(ölçüm kalçadan yapılmışsa ; femur total veya femur boynu KMY ölçümünde "T" değerleri belirtilmelidir.)	<ul style="list-style-type: none">• FOSAMAX;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

14	<ul style="list-style-type: none">SIMPONI 50 MG ENJ. COZ. ICEREN KUL. HAZIR 1 KALEM (ANTI TNF)(Mart 2023'te simponi başlanıp yanıt alınmadığı gerekçesiyle infliximab ve adalimumab raporu çıkarılmış olup tekrar simponi başlanmış)	<ul style="list-style-type: none">SIMPONI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL (Daha önce en az bir tedavi almış yetişkin hastalarda deksametazon ile kombinasyon halinde...)	<ul style="list-style-type: none">RIVELIME ; SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİNDE DÜZENLENEN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">FEPATIL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(TG 160 ODenmez.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF)(SUT (Madde 4.2.1.C-1/12) KOŞULLARINA UYGUN OLMAYAN RAPOR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
18	<ul style="list-style-type: none">BENVIDA 100 MG 56 FTB (Raporda sut a uygun açıklama yok)FEPATIL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(Tg düzeyinin 200 ün üzerinde olması gerekiyor)	<ul style="list-style-type: none">BENVIDA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEFEPATIL; Trigliserid düzeyi 200 mg/dL üstünde olmadığından itirazın reddine.
19	<ul style="list-style-type: none">XARELTO 20 MG 28 FTB (Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB. (KMY ÖLÇÜM DEĞERİ UYGUN DEĞİL. HASTANIN BAŞKA DURUMU VEYA BAŞKA BÖLGE UYGUN KMY DEĞERİ VARSA RAPORDA BELİRTİLECEK.)TANSIFA 16/10 MG 28 FILM TABLET (Hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamıyorsa raporda belirtilmesi gereklidir.)	<ul style="list-style-type: none">XARELTO -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.FOSAVANCE ; HASTA 65 YAŞ ÜSTÜ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.TANSIFA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSUL (RAPOR DOZU KARŞILANMIŞ.)	<ul style="list-style-type: none">GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.

21	<ul style="list-style-type: none">PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL)(Raporda mama adı yok.)ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(Raporda mama adı yok.İlgili raporla girilemiyor.8699548993756 barkodlu ilacın ayaktan raporlu ödenmesi için gerekli şartlar sağlanamıyor.)	<ul style="list-style-type: none">PEDIASURE PLUS FIBER ; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.ABOUND; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none">APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)	<ul style="list-style-type: none">ELIQUIS ; mekanik PROTEZ KAPAK HASTALIĞI OLMADIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">ALATAB 600 MG 30 FTB(sisteme girilen uyarı kodu raporda bulunmamaktadır.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDA UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">PLAVIX 75 MG 28 FTB(RAPORDA ANJIO SONUCU VEYA AÇIKLAMAYA UYGUN ICD 10 KODU YOK.)FOSAMAX 70 MG.4 TB.(RAPORDA BELİRTİLEN KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ UYGUN DEĞİL.)VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(Ribosiklib (Madde 4.2.14-C/3-ddd) kullanım ilkelerine uygun yeterli açıklama yok. Ayrıca raporda,radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır (Madde 4.2.14.C/3).)BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(KMY ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">PLAVIX 75 MG -RAPORDA ANJİO YAPILDIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.FOSAMAX ; RAPORA EKLENEN L1-L2 DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.VALAMOR-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.BONVIVA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none">CASODEX 150 MG.28 FILM TABLET(Rapordaki bilgilerden endikasyon uyumu tespit edilemedi.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none">ATOR 40 MG.30 TB.(HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS ESKİ LDL DEGERI ILE ODENMEZ.)	<ul style="list-style-type: none">STATİN TEDAVİSİNDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE YENİ LDL DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

28	<ul style="list-style-type: none">• PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(Ödeme koşulunu karşılamayan rapor.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none">• OSTEZOLEN IV 4 MG/5 ML INF ICIN KONS(ilaç kullanımında endikasyon uyumu aranmaktadır.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORDA METASTAZ DURUMU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
30	<ul style="list-style-type: none">• ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(raporda yok.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
31	<ul style="list-style-type: none">• CORALAN 7.5 MG 56 FTB(raporda sutta istenen açıklama yok.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
32	<ul style="list-style-type: none">• EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR(Hb seviyesi 12 olmuş. Bedeli ödenmedi.)	<ul style="list-style-type: none">• EPORON- Hb seviyesi 12 gr/dl'yi aşmadığından ödenmesine.
33	<ul style="list-style-type: none">• ATTEX 60 MG 28 KAPSUL(RİTALİN İLE AYNI ATC GRUBUNDADIR.)	<ul style="list-style-type: none">• ATTEX; Selektif Noradrenalin Reuptake İnhibitörleri (NARI'lar) grubunda olduğundan ödenmesine.
34	<ul style="list-style-type: none">• HUMIRA 20 MG/0,2 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 2 ADET ENJEKSİYON (ANTI TNF)(tedaviye verdiği cevap bulunmadığı için kesildi.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
35	<ul style="list-style-type: none">• ZEJULA 100 MG SERT 56 KAP.(son platin dozundan sonra en geç 12 hafta içinde tedaviye başlanması gereklidir.sistemde böyle bir kayıt bulunmadığı için kesildi.)	<ul style="list-style-type: none">• İLAÇLA İLGİLİ MAHKEME KARARI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
36	<ul style="list-style-type: none">• ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF)(raporda en az 3 nonsteroid antiinflamatuvar ilacı maksimum dozunda kullanmasına rağmen yeterli cevap alınmadığı belirtilmemiş.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
37	<ul style="list-style-type: none">• EYLEA -(HASTANIN EYLEADAN FAYDA GÖRDÜĞÜ BELİRTİLMİYOR.OCT DEĞERLERİNDE DE ARTIŞ VAR.)• TANSIFA-(Hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamıyorsa raporda belirtilmesi gereklidir.)• TRAJENTA -(Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda reçete edilebilir.)	<ul style="list-style-type: none">• EYLEA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• TANSIFA--RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• TRAJENTA; ETKEN MADDELİ İLACIN OLDUĞU RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE

	<ul style="list-style-type: none">• GUAGO 3 MG(Has uyarıcı ilaçların uygun olmadığı durumdaysa (psikostimulan ilaç alıyor) belirtilmeli.)• LIPANTHYL 267 M 90 KAP(TRİGLİSERİD DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• GUAGO-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• LIPANTHYL- HASTANE TARAFINDA SONRADAN EKLENEN TANI GÖRÜLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
38	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(İLGİLİ İDAME RAPORU SEÇİLDİ.)• RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(MAMAYA AİT İLGİLİ İDAME RAPORU SEÇİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• HASTANIN SEREBRAL PALSİY TANISI OLDUĞUNDAN MUAF OLARAK ÖDENMESİNE.• HASTANIN SEREBRAL PALSİY TANISI OLDUĞUNDAN MUAF OLARAK ÖDENMESİNE
39	<ul style="list-style-type: none">• VENCYXTO (Rapor genel ödenme şartını içermekte ve yetersiz.Hastada bu durum mevcutsa belirtilmemiş.Ayrıca raporda,radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalı.)• REAMPLA 125 MG KAPSUL (21 KAPSUL)(Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir.)• INSPIRA 25 MG 30 FTB(Yalnızca spironolakton tedavisi altındayken jinekomasti gelişen veya spironolaktonu tolere edemeyen;a) Akut MI sonrası klinik kalp yetmezliği olan sol ventrikül disfonksiyonlu (sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonu ((LVEF &#8804; %40) hastaların tedavisinde,b) Standart tedaviye ek olarak, kronik kalp yetmezliği (NYHA Sınıf II) ve sol ventrikül sistolik disfonksiyonu (LVEF &#8804; %30) olan yetişkin hastaların tedavisinde,)	<ul style="list-style-type: none">• VENCYXTO - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE• REAMPLA -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• INSPIRA -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
40	<ul style="list-style-type: none">• EZETEC PLUS 10 MG/40 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(rapor şartlarını karşılamadığı için kesildi.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

41	<ul style="list-style-type: none">• ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL(Tedaviye başlandıktan 3 ay sonra tedaviye yanıt alındığının ve tedaviyi kesmeyi gerektirecek yan etkilerin ortaya çıkmadığının raporda belirtilmesi koşulu ile 3 ay daha tedaviye devam edilir.(2.raporda ifadeler yok.).Tedaviden fayda gören hastalarda bu durumun belirtildiği 6 ay süreli raporla tedaviye devam edilebilir.(tedaviden fayda gördüğü hiçbir raporda belirtilmiyor)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
42	<ul style="list-style-type: none">• EYLEA -(Eylea-Lucentis SUT'un 4.2.33/3 maddesinde belirtilen Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.Önceki rapor değeri var.)• EYLEA -(Eylea-Lucentis SUT'un 4.2.33/3 maddesinde belirtilen Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.Bir önceki raporla aynı değer.)• JECTERA -(Yetişkin erkek hastalarda nörojenik, vaskülojenik, psikojenik ya da karışık etiyoloji kaynaklı erektil disfonksiyon tedavisinde veya erektil disfonksiyon teşhisinde diğer tanı testlerine yardımcı olarak kullanılması durumunda kullanılır.)• EYLEA -(Eylea-Lucentis SUT'un 4.2.33/3 maddesinde belirtilen Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.Eski raporun bilgileri mevcut.)• LEVOTIRON 75 MCG 50 TABLET(Hasta elinde ilaç var.)	<ul style="list-style-type: none">• EYLEA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• EYLEA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• JECTERA- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• EYLEA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• LEVOTIRON-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

43	<ul style="list-style-type: none">JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (DPP-4 INH.+METFORMIN)(RAPORDAKİ DOZU=1*1)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
44	<ul style="list-style-type: none">LATİXA 375 MG UZATILMIŞ SALIMLI 60 TB(RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞINI BELİRTMİYOR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDAKİ AÇIKLAMALAR UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
45	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY CİLEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)RESOURCE ENERGY CİLEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.RESOURCE ENERGY-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
46	<ul style="list-style-type: none">TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(rapor şartlarını karşılamıyor)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
47	<ul style="list-style-type: none">URSACTIVE 250 MG 100 KAP(raporda endikasyon uyumu yok.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
48	<ul style="list-style-type: none">WILENTİN SERT KAPSUL 250 MG/100 KAPSUL(rapordaki açıklama sut a uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
49	<ul style="list-style-type: none">VERXANT 150 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR KALEM(hastanın 16 hafta kullanım sonucu tedaviye verdiği cevap bulunmamaktadır.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
50	<ul style="list-style-type: none">VERXANT 150 MG/1 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR KALEM(Sistemde kayıtlı biri maksimum doz indometazin olmak üzere en az 3 farklı nonsteroid antiinflamatuvar ilaç bulunmamıştır)	<ul style="list-style-type: none">RAPOR AÇIKLAMALARINA GÖRE ÖDENMESİNE.
51	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
52	<ul style="list-style-type: none">APACLOT 2,5 MG FILM KAPLI TABLET (56 FILM KAPLI TABLET)(Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE

53	<ul style="list-style-type: none">• PERFOSE 800 MG 180 FTB(Rapor uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
54	<ul style="list-style-type: none">• IMAVEC 400 MG 30 CAP(Raporda,radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır (Madde 4.2.14.C/3).)• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(Eylea-Lucentis SUT'un 4.2.33/3 maddesinde belirtilen Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.)	<ul style="list-style-type: none">• IMAVEC ; RAPORDA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN GENETİK SONUCU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.• LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
55	<ul style="list-style-type: none">• XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(ECOG performans skoru 0-1 olması halinde ödenir)• KETOCAL 300 G (2100 KCAL)(RESOURCE JUNIOR CİLEK 200 ML(300 KCAL) ile kalori ihtiyacı aşılmış)	<ul style="list-style-type: none">• XTANDI -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• KETOCAL; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
56	<ul style="list-style-type: none">• NEXAVAR 200 MG 112 FTB(RAPOR DOZUDUR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
57	<ul style="list-style-type: none">• LEVOTIRON 100 MCG 50 TABLET(rap 1*1)• EUTHYROX 125 MCG 50 TABLET(rap. 1*1 125 veya 150 mg yazılı)	<ul style="list-style-type: none">• LEVOTIRON 100 -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• EUTHYROX; E-REÇETEDEKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
58	<ul style="list-style-type: none">• REFACTO AF 1000 IU IV ENJ. COZ IC. TOZ VE COZUCU 1 FLK(Yabancı ülke vatandaşının sağlık hizmetinin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununun 64 (c) maddesine göre değerlendirilebilmesi için kronik hastalığın başladığı tarih raporda yok.)	<ul style="list-style-type: none">• GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
59	<ul style="list-style-type: none">• EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(Rapor uygun değil (SUT EK-4/F Madde 51))	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

60	<ul style="list-style-type: none">• TOPAMAX 50 MG.60 FILM TB.(Rapor kriterleri yetersizdir.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
61	<ul style="list-style-type: none">• VEGABON 70 MG 4 TB(Hastanın KMY aralığı primer hastalığına uygun görülen aralıkta olmalıdır.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
62	<ul style="list-style-type: none">• DIASIP VANILYA 200 ML(200 KCAL)(SUT A GÖRE;HASTANIN BESLENME EKSİKLİĞİNİ AÇIKLAYAN İFADE RAPORDA YOK.)• ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (SUT A GÖRE;HASTANIN BESLENME EKSİKLİĞİNİ AÇIKLAYAN İFADE RAPORDA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
63	<ul style="list-style-type: none">• SKYRIZI 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM(Başlangıç 1 raporu Pasi değeri: 6,9 olup, Başlangıç 2 Pasi değeri: 12.6 (06/02/2024) raporu uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">• ÖNCEKİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
64	<ul style="list-style-type: none">• EFFIENT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET(EFFİENT®, asetilsalisilik asit (ASA) ile birlikte endike olup (TROMBOSİT AGREGASYON İNHİBİTÖR) Brilinta ile birlikte fatura edilmiş)	<ul style="list-style-type: none">• GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
65	<ul style="list-style-type: none">• JAKAVI 10 MG 56 TABLET(32 haftalık tedavisinin sonunda, dalak büyüklüğünde minimum %35 küçülme ve tam kan sayımının normalize olması (lökosit, hemoglobin/HCT, trombosit sayılarının referans değerler arasında olması) halinde tedaviye devam edilebilir.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
66	<ul style="list-style-type: none">• DIASIP CILEK 200 ML(200 KCAL)(raporda ilacın adı yok diye iade edildi, tamamlanmadığı için kesildi.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORDA MAMA ADI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
67	<ul style="list-style-type: none">• JINARC 30 MG 28 TABLET(Jınarc için hastanın en az 4 yıl boyunca Glomerüler filtrasyon hızının(GFR) izlenmesi gerekmektedir. Hastanın glomerüler filtrasyon hızı ilk olarak 22.072020 tarihinde ölçülmüştür ve son olarak da 17.11.2023 tarihinde ölçülmüştür. En az 4 yıl boyunca GFR ölçünü yapılmadığı için ödenmez.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE

68	<ul style="list-style-type: none">NANOGAM 10G/100 ML INFUZYONLUK COZELTI ICEREN FLAKON (1 FLAKON)(10 GR)(Yabancı ülke vatandaşının sağlık hizmetinin 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve GSS Kanununun 64 (c) maddesine göre değerlendirilebilmesi için kronik hastalığın başladığı tarih raporda yok.)	<ul style="list-style-type: none">NANOGAM; GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
69	<ul style="list-style-type: none">QUANTAVIR 0,5 MG 30 FTB(Her yenilenen raporda tek başına HBsAg pozitifliği veya HBsAg negatifliği ile birlikte Anti-HBs negatifliği raporda belirtilmelidir.)	<ul style="list-style-type: none">QUANTAVIR; RAPORDA ANTİ HBC IGG:(+) OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
70	<ul style="list-style-type: none">VITAL 1,5 KCAL ; RAPOR DOZUNA GÖRE HER İKİ AROMANIN GÜNDE 1*1,5 DOZU GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.	<ul style="list-style-type: none">VITAL 1,5 KCAL ; RAPOR DOZUNA GÖRE HER İKİ AROMANIN GÜNDE 1*1,5 DOZU GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.
71	<ul style="list-style-type: none">TECFIDERA 240 MG ENTERİK SERT KAPSUL (56 KAPSUL)(Endikasyon dışı izin belgesi kullanım süresi dolmuştur.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
72	<ul style="list-style-type: none">APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	<ul style="list-style-type: none">UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
73	<ul style="list-style-type: none">CRESTOR 10 MG.28 TABLET(TEK TAHLİL LDL DEĞERİ İLE ODENMEZ.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİ GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
74	<ul style="list-style-type: none">TARDEN 10 MG.30 FILM TB.(ödeme koşulunu karşılamayan rapor içeriği.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
75	<ul style="list-style-type: none">COFACT 500 IU 1 FLK(Reçete endikasyon dışı izin alan hekimin branşına göre düzenlenmemiştir)	<ul style="list-style-type: none">COFACT;REÇETE ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNDEKİ BRANŞA YAZILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
76	<ul style="list-style-type: none">EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(hastanın tedaviye verdiği cevap bulunmamaktadır.)REVLIMID 25 MG 21 SERT KAP(hastanın tedaviye verdiği yanıt bulunmamaktadır.)LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(hastanın tedaviye verdiği cevaba göre ödenmez)	<ul style="list-style-type: none">EYLEA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.REVLIMID -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.LUCENTIS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
77	<ul style="list-style-type: none">ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(Hastanın bir aylık dozlama sonucu reçete edildiği için 4 haftalık 1 kutu yeterlidir)	<ul style="list-style-type: none">ARANESP-1 AYLIK DOZDA 2 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİNE.

78	<ul style="list-style-type: none">CASODEX 50 MG.28 TABLET(hastalığın evresi yazmıyor.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
79	<ul style="list-style-type: none">LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(raporda endikasyon eksik belirtilmiş.)RIVOKSAR 15 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET)(raporda sutta istenen açıklama eksik.)	<ul style="list-style-type: none">LETU- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.RIVOKSAR-14/05/2024 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
80	<ul style="list-style-type: none">TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(Metformin ve)VIRTENIX 245 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(Devam kriteri belirleyen değer rapor yenilenirken belirtilmemiş.)	<ul style="list-style-type: none">TRAJENTA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.VIRTENIX-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
81	<ul style="list-style-type: none">EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(Hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamıyorsa raporda belirtilmesi gereklidir.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
82	<ul style="list-style-type: none">TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET(sisteme girilen uyarı kodu raporda bulunmamaktadır.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
83	<ul style="list-style-type: none">ATOR 10 MG.30 TB.(Rapor kriterleri uygun değildir.)	<ul style="list-style-type: none">ATOR-GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
84	<ul style="list-style-type: none">EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(sistemle uyumlu diğer rapor girildiğinde kesinti oldu. ilacın eşleştiği rapor sut a uygun değil)DIAFORMIN 1000 MG 100 FILM TB.(rapordaki doza göre düzeltildi)	<ul style="list-style-type: none">EXFORGE-İLGİLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.DIAFORMIN-RAPORDAKİ DOZA GÖRE ÖDENMESİNE.
85	<ul style="list-style-type: none">EMOCLOT-DI 1.000 IU (FACTOR 8) 1 FLK(Rapor açıklamasına göre günde 2000 IU, toplam 6000IU olacaktır)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
86	<ul style="list-style-type: none">TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda reçete edilebilir.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
87	<ul style="list-style-type: none">ARANESP 20 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(HGB ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.DİĞER REÇETELERDE HAZİRAN YAZIYOR.TARİH TAM OLACAK.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.

88	<ul style="list-style-type: none">BINOCRIT 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(HESAPLANAN DOZA DÜZELTİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">E-REÇETEDKİ 42 Ü*95 KG/HAFTA VE TOPLAM DOZ İSE 14250 ŞEKLİNDE ÇELİŞKİLİ İFADELER OLDUĞUNDAN DOKTOR BEYANINA GÖRE ÖDENMESİNE
89	<ul style="list-style-type: none">ALATAB 600 MG 30 FTB(sisteme girilen uyarı kodu raporda bulunmamaktadır)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
90	<ul style="list-style-type: none">FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB(KMY sonucu uygun değil.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
91	<ul style="list-style-type: none">COFACT 500 IU 1 FLK(Endikasyon dışı izin ve rapor dozuna göre haftalık doz uygulanmaktadır)	<ul style="list-style-type: none">26/06/2024 tarihli rapora;endikasyon dışı izin belgesine ve e-reçetedeki doza göre haftada 4*2 girilerek işlem yapılmasına.
92	<ul style="list-style-type: none">JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET(rapor sut şartlarını karşılamadığı için kesildi.)FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.)(rapor sut şartlarını karşılamadığı için kesildi.)	<ul style="list-style-type: none">JANUVIA-FORZIGA ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
93	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL 267 M KP.(TG düzeyi 500 ün üstünde olmadığı için kesildi.)XARELTO 15 MG 28 FTB(raporda sutta istenen açıklama yok.)	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL-TG DÜZEYİ 500'ÜN ÜSTÜNDE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.RAPOR;SUTA GÖRE EKSİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
94	<ul style="list-style-type: none">ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(Hastanın verilen değerler doğrultusunda kullanması gereken Aranesp dozu 30mcg olmalıdır (max 40))	<ul style="list-style-type: none">ARANESP;E-REÇETEDKİ 0.45*73=32 MCG DOZUNA GÖRE 40 MCG LİK FORM VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
95	<ul style="list-style-type: none">INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/INFUZYON ICIN COZELTI (1 ADET)(ıcd kodu intestinal malabsorbsiyon için uygun değildir)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
96	<ul style="list-style-type: none">COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET(LDL ÖLÇÜM TARİHİ İLACIN BAŞLANGICINDAN EN FAZLA 6 AY ÖNCESİNE AİT OLMALIDIR.)ALATAB 600 MG 30 FTB(254 KODU İLE GİRİLMİŞ ANCAK RAPOR UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">COLASTIN- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.ALATAB-REÇETEYİ İLGİLİ RAPORDA UYARI KODU AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
97	<ul style="list-style-type: none">TARDEN 40 MG.30 FILM TB.(Ldl değeri belirtilmemiş)	<ul style="list-style-type: none">TARDEN;RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
98	<ul style="list-style-type: none">OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI(10 GR)(Raporda kritik faz olarak belirtilmiş ancak düzenli IVIG alımı olduğundan diğer immunsupresif tedavilerine dirençli hastalarda sağlık kurulu raporu ile ödenir)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

99	<ul style="list-style-type: none">ALIPZA 2 MG FILM TABLET(HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMIS ESKI LDL DEGERI ILE OZENMEZ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖZENMESİNE.
100	<ul style="list-style-type: none">JARDIANCE 10 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.)(Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda reçete edilebilir.)DEPARTON 20 MG FILM KAPLI TABLET (60 ADET)(İlk rapora yapılan idame için eklemeye ve devam raporlarında idame kriterleri için yeterli açıklamalar yok.)	<ul style="list-style-type: none">JARDIANCE- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖZENMESİNEDEPARTON- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖZENMESİNE
101	<ul style="list-style-type: none">TARDEN 20 MG.30 FILM TB.(HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMIS ESKI LDL DEGERI ILE OZENMEZ.)INSPIRA 25 MG 30 FTB(SUT MADDE (EK-4/F-58) RAPORDA BELGELENMEMİS.)	<ul style="list-style-type: none">TARDEN;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖZENMESİNEINSPIRA; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖZENMESİNE
102	<ul style="list-style-type: none">EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(tedaviye devam edilebilmesine dair istenen kriter raporda belirtilmemiş.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖZENMESİNE

