

## 22.09.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	RYZODEG-FLEXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (5 KALEM) (ANALOG KARIŞIM VEYA UZUN ETKİLİ İNSÜLİNLERDEN BİRİNİ KULLANMIŞ OLMASINA RAĞMEN REGÜLASYON SAĞLANAMAYAN HASTALARDA KULLANIMINDA BEDELİ ÖDENİR. BU HASTAYA HIZLI ETKİLİ İNSULİN KULLANILMIŞ VE DAHA SONRA RYZODEG FLEXTOUCH BAŞLANMIŞ)	RYZODEG-RYZODEG KULLANIMINDAN ÖNCE HUMULİN,APİDRA VE LANTUS KULLANIMI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
2	HAEMATE-P 500 IU IV ENJEKSİYON/İNFUZYON İÇİN TOZ VE ÇÖZÜCÜ (SUT 4.1.5-4 GEREĞİ ELEKTRONİK REÇETE UYGULAMASI ; KIRMIZI,MOR,TURUNCU VE YEŞİL REÇETELERİN ELEKTRONİK REÇETE OLARAK DÜZENLENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. E-REÇETE İLE İŞLEM YAPILMADIĞI GİBİ FATURA EKİNDE KAĞIT REÇETE DE BULUNMAMAKTADIR.)	HAEMATE -P 500- SUTUN 4.1.5-4 MADDESİ GEREĞİ E-REÇETEDEN DÜZENLENMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
3	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(PATOLOJİK KIRIĞI OLMAYAN 65 YAŞ VE ÜZERİ HASTALARDA, LOMBER BÖLGEDEN POSTEROANTERİOR YAPILAN KMY ÖLÇÜMÜNDE LOMBER TOTAL (L1-4 VEYA L2-4) VEYA FEMUR TOTAL VEYA FEMUR BOYNU KMY ÖLÇÜMÜNDE "T" DEĞERLERİNDEN HERHANGİ BİRİNİN -2,5 VEYA DAHA DÜŞÜK OLMASI DURUMUNDA, ANCAK BU MADDEYİ KARŞILAMİYOR.)	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ; RAPORA SONRADAN EKLENEN KMY ÖLÇÜMÜ İLE İLGİLİ KMY ÖLÇÜM BELGESİ GÖNDERİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
4	<ul style="list-style-type: none"><li>PREGOMIN AS 400 GR.TOZ(1932 KCAL)(344 UYARI KODUYLA 2 YAŞA KADAR ÖDENİYOR)</li><li>PREGOMIN AS 400 GR TOZ (1932 KCAL)(RAPOR DOZUNA GÖRE DOZ DÜZELTİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PREGOMIN AS 400 GR.TOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>PREGOMIN AS 400 GR TOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
5	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB.( RAPORDA EN AZ BİR HAFTA ARAYLA YAPILMIŞ 2 AYRI LDL DEĞERİ OLMALIYDI)	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
6	<ul style="list-style-type: none"><li>DANASIN 200 MG 100 KAPSUL ( SİSTEMDE END.DIŞI BELGE BULUNAMADI.)</li><li>GLINIUM 50 MCG İNHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA) ( SUT MADDE 4.2.24)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>DANASIN; 23/06/2022 TARİHLİ İZİN BELGESİ SİSTEMDE GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>GLINIUM-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL)( GÜNLÜK KALORİ MİKTARI AŞILMIŞTIR.)	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZ AROMALI 190 ML (300 KCAL)( RAPORDA MAMA ADI YOK.)	RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZ AROMALI 190 ML;23/12/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE
9	XARELTO 20 MG 28 FTB( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
10	NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)( HASTAYA VERİLEN NUTRIVIGOR RAPORDA YER ALMIYOR.)	NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
11	TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG İNHALASYON İCİN TOZ ((LAMA)(SUT MADDE 4.2.24 )	TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	FORZIGA 10 MG 28 FTB( RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA BULUNMAMAKTADIR. )	FORZIGA 10 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	RESOURCE JUNIOR FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML (286 KCAL)(RAPORDA KULLANIM ŞEKLİ 2*1 OLDUĞU HALDE 4*1 GİRİLMİŞTİR)	RESOURCE JUNIOR FIBRE VANILYA AROMALI 190 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL( SİSTEMDE YÜKLEME DOZU YAPILDIĞI GÖRÜLMÜYOR)	EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL;TEDAVİYE 2017 YILINDA BAŞLANDIĞINDAN VE

		RAPORA EKLENDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
15	EQICEFT 1 G.IM ENJEKTABL TOZ (72 SAATİ GEÇTİĞİNDEN VE HASTANEDE ENF UZ OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILDI.)	EQICEFT 1 G.IM ENJEKTABL TOZ; 72 SAATEN FAZLA EHU ONAYI OLMADAN KULLANILDIĞINDAN VE APAT A UYGUN RAPOR BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
16	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABIRATEX 250 MG 120 TABLET ( HORMONAL TEDAVİ SONRASI; SİSTEMDE KAYITLI DOSETAKSEL TEMELLİ KEMOTERAPİ BULUNAMAMIŞTIR.)(RAPORUNDA BU TEŞHİSLE İLGİLİ BAŞKA EKSİKLER DE VAR)</li> <li>XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET) ( TEDAVİ SÜRESİ 24 HAFTAYA TAMAMLANARAK TEDAVİ SONLANDIRILMALIDIR. AĞUSTOS 2020'DEN İTİBAREN ARA VERMEDEN REÇETESİZ FATURA EDİLMİŞ )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABIRATEX 250 MG 120 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
17	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (RAPORDA ENDİKASYON UYUMU EKSİK.)	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
18	<ul style="list-style-type: none"> <li>ENJEKTOR 2 CC( HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.RAPOR DOZUNU AŞAN İKİ FORM AYNI ANDA VERİLMİŞ.)</li> <li>CLOPIXOL DEPOT 200 MG.AMPUL( HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.RAPOR DOZUNU AŞAN İKİ FORM AYNI ANDA VERİLMİŞ.)</li> <li>CLOPIXOL ACUPHASE 50 MG.AMPUL ( HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.RAPOR DOZUNU AŞAN İKİ FORM AYNI ANDA VERİLMİŞ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>OXEPA 500 ML.(750 KCAL)( MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)</li> <li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) ( MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)</li> <li>NUTRIVIGOR RTH VANİLYA AROMALI 500 ML(750 KCAL) ( MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GASTROSTOMİ DE MALNUTRİSYON TANIMI ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li> </ul>
20	XARELTO 15 MG 28 FTB ( RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK)	XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(İLAÇ ADININ OLDUĞU RAPORLA EŞLEŞTİRİLDİ)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE;06/08/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE
22	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET ( ENDİKASYON UYUMUNUN TESPİTİ İÇİN HASTALIĞIN EVRESİNİN BELİRTİLMESİ GEREKİR.)	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
23	LIPITOR 40 MG.30 FILM TB.( STATİN BAŞLANGIÇ KOŞULLARINA UYGUN DEĞİL.)	LIPITOR 40 MG.30 FILM TB; BİRER HAFTA ARAYLA YAPILMIŞ İKİ LDL DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
24	XARELTO 20 MG 28 FTB ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR)	XARELTO 20 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	XARELTO 15 MG 28 FTB ( RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK )	XARELTO 15 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR 1 ENJEKTOR ( BEVACİZUMAB ETKİN MADDELİ İLAÇLA TEDAVİYE CEVAPSİZLİK/YETERSİZ CEVAP ALINMASI DURUMUNDA YETERSİZLİK KRİTERİ E-RAPORDA BELİRTİLMELİDİR. )</li> <li>NUCALA 100 MG SC ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCİN LIYOFİLİZE TOZ (1 FLAKON)( 16 NCI HAFTADA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR 1 ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>NUCALA 100 MG SC ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCİN LIYOFİLİZE TOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK</li> </ul>

	<p>DEĞERLENDİRİLMESİ VE TEDAVİYE DEVAMIN UYGUN GÖRÜLMESİ HALİNDE BU DURUMUN BELİRTİL)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ( BEVACİZUMAB ETKİN MADDELİ İLAÇLA TEDAVİYE CEVAPSİZLİK/YETERSİZ CEVAP ALINMASI DURUMUNDA YETERSİZLİK KRİTERİ E-RAPORDA BELİRTİLMELİDİR. )</li> <li>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 ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA, TEKRAR ANTİHİSTAMİNİK TEDAVİSİ ALMA KOŞULU ARANMAKSIZIN 24 HAFTA SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORLARINA İSTİNADEN TEDAVİ TEKRARLANABİLİR )</li> </ul>	<p>COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR;28/07/2022 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
27	FORTINI MULTI FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML (300 KCAL) ( RAPORDA MAMA ADI YOK.)	FORTINI MULTI FIBRE VANILYA AROMALI 200 ML; RAPORDA FORTINE MULTIFIBER:6X1 OLARAK GEÇTİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
28	CEPROTIN 500 IU ENJEKSİYONLUK COZELTI ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN FLAKON(SUT EK-4/F) (.....DURUMLARDA KISA SÜRELİ PROFİLAKSİ AMAÇLI BİR REÇETEDEN EN FAZLA 7 GÜNLÜK DOZDA KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.)	CEPROTIN 500 IU ENJEKSİYONLUK COZELTI ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBANOS 150 MG 3 FTB( KEMİK ÖLÇÜM DEĞERİ SUT'TA BELİRTİLEN DEĞERLERE UYGUN OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)</li> <li>OROFERON DEPO 80 MG KAPLI TABLET ( E-REÇETEDEN 1 AYLIK DOZ OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>IBANOS 150 MG 3 FTB;RAPORDA KMY ÖLÇÜMÜ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>OROFERON DEPO 80 MG KAPLI TABLET ;E-REÇETEDEN TEDAVİ SÜRESİNE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
30	PLAVIX 75 MG 28 FTB ( RAPORDA HASTANIN HANGİ DURUMUNUN OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.TIKAYICI PERİFERİK ARTER HASTALIĞI VEYA İSKEMİK İNME)	PLAVIX 75 MG 28 FTB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	ZYVOXID 600 MG.10 FILM KAPLI TABLET. ( OSTEOMİYELİTİN EŞLİK ETMEDİĞİ HASTALARDA ÖDENİR. )	ZYVOXID 600 MG.10 FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALIPZA 2 MG FILM TABLET ( RAPORDA LDL ÖLÇÜMÜ VE TARİHİ YOK.)</li> <li>PLAVIX 75 MG 28 FTB ( RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALIPZA 2 MG FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
33	NEXAVAR 200 MG 112 FTB ( RAPORDA,RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI, VEYA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN BİLGİLER, EVRE VEYA RİSK GRUBU, VARSA DAHA ÖNCE UYGULANAN KANSER TEDAVİ PLANI BULUNMALIDIR (MADDE 4.2.14.C/3).)	NEXAVAR 200 MG 112 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	ELLEACNELLE 21 DRAJE ( E28.2 ICD-10 KODU İLE ODENMEZ.)	ELLEACNELLE 21 DRAJE;RAPORDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
35	EPORON 10000 IU/1,0 ML KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR(RAPOR DOZUNA GÖRE İŞLEM YAPILDI.)	EPORON 10000 IU/1,0 ML KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
36	PINGEL 75 MG FILM TB.( RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.)	PINGEL 75 MG FILM TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
37	<ul style="list-style-type: none"> <li>LIPITOR 20 MG.30 TB.( LDL DEĞERİ YETERSİZ.LDL DÜZEYİNİN 70 MG/DL'NİN ÜSTÜNDE OLDUĞU DURUMLARDA; DİABETES MELLİTUS, AKUT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LIPITOR 20 MG.30 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>EFEKOR XR 150 MG.28 KAPSUL; RAPORA</li> </ul>

	<p>KORONER SENDROM, GEÇİRİLMİŞ MI, GEÇİRİLMİŞ İNME, KORONER ARTER HASTALIĞI, PERİFERİK ARTER HASTALIĞI, ABDOMİNAL AORT ANEVİZMASI VEYA KAROTİD ARTER HASTALIĞI OLANLARDA.RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• EFEXOR XR 150 MG.28 KAPSUL (SNRI)( RAPOR DOZUDUR.)</li></ul>	YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
38	<p>VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON(RAPORDA,HASTADA PSÖRİATİK ARTRİT YANIT KRİTERLERİNE (PSARC) GÖRE YETERLİ CEVAP ALINMIŞTIR,İBARESİ BULUNMAKTA.RAPOR PSÖRİATİK ARTRİT TANISIYLA ÇIKMIŞ BAŞLANGIÇ RAPORUDUR.AYRICA RAPORDA TANIYA İSTİNADEN BİR AY ARAYLA YAPILMIŞ İKİ AYRI MUAYENEDE EN AZ ÜÇ HASSAS EKLEM VE EN AZ ÜÇ ŞİŞ EKLEM OLMASI GEREKLİDİR.)</p>	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
39	<p>ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ( REÇ 70*0,7 =49 MCG)</p>	ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA; E-REÇETEDeki DOZA GÖRE 50 MCG LİK FORM VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
40	<p>FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML CİLEK AROMALI(200 KCAL)( RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)</p>	FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML CİLEK AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	<p>EVASIF 245 MG 30 FTB ( BAŞLAMA KRİTERLERİ RAPORDA BELİRTİLSİN İADE EDİLDİ .KURUMA TEKRAR TESLİM EDİLMEDİ.)</p>	EVASIF 245 MG 30 FTB;İADE DÖNÜŞÜ EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
42	<p>SUPPORTAN DRINK TROPİKAL AROMALI 200 ML(300 KCAL)( SUPPORTAN DRINK TROPİKAL AROMALI 200 ML(300 KCAL) İLACININ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)</p>	RAPOR DOZU 1500 KCAL VE BİR ÖNCEKİ ALIM RAPOR DOZUNA GÖRE DÜZELTİLMİŞ. RAPOR DOZUNU AŞTIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.