

23.11.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">XARELTO 20 MG 28 FTB(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK VE HASTANIN RISK FAKTÖRÜ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ (LABA+İKS)(RAPOR LABA LAMA İKS 3LÜ KOMBİNASYONUNA GÖRE RAPOR UYGUN DEĞİL)GLINIUM 50 MCG INHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA)(RAPOR LABA LAMA İKS 3LÜ KOMBİNASYONUNA GÖRE RAPOR UYGUN DEĞİL)INSPRA 25 MG 30 FTB(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">SERETIDE VE GLINIUM; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.INSPRA RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">VIDAPTIN 50 MG 56 TABLET(RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET(RAPORDAKİ TEŞHİLE ÖDENMEZ)	<ul style="list-style-type: none">TEBOKAN SPECIAL- G30.8 TANISINDA VERİLEBİLECEĞİ KONUSUNDA GÖRÜŞ YAZISI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
5	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA KALORİ MİKTARI YAZMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR ; RAPOR İLAVE DEĞER BİLGİLERİ KISMINDA KALORİ MİKTARI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">RESPIRO 25 MCG/250 MCG 120 DOZ INH (LABA+İKS)(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">PERFOSE 800 MG 180 FTB(RAPORDAKİ AÇIKLAMA SUT A GÖRE EKSİK.)RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(YENİ TARİHLİ RAPOR GİRİLDİ.)CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(HASTA İDAME HASTASIDIR FAKAT RAPOR BUNUNLA UYUMLU DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">PERFOSE; RAPORDA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİNDEN DÜZELTİLMİŞ KALSİYUM VE FOSFOR ÇARPIMI 55 İN ÜZERİNDE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.RESOURCE JUNIOR - ÖNCEKİ GEÇERLİ OLAN RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.CIMZIA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

8	<ul style="list-style-type: none">SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL)(RAPORDA HASTANIN KİLOSU BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">BEBEK İZLEM ÇİZELGESİ EKLENDİĞİNDEN VE KİLOSU UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">ALVASTIN 20 MG 90 FILM TABLET(02.03.2021 DE ÇIKAN HL RAPORU LDL DEĞERİ TEK BAŞINA YETERLİ DEĞİL.BUNDAN SONRA ÇIKAN İDAME RAPORU BAŞLANGICA GÖRE İDAMEYE UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">ALVASTIN , BAŞLANGIÇ RAPORU TARİHİNDE EK HASTALIĞI (ASKH+DM) OLDUĞU HASTANE SİSİTEMİNDE GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(HASTANIN GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI 1200 Ü GEÇTİĞİ İÇİN KESİLDİ. SİSTEMDEKİ DİĞER RAPORA GÖRE EŞLEŞTİRİLDİĞİNDE DE ÖDEME OLMUYOR)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY CILEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI YETERLİ DEĞİL.)EPOBEL 4000 IU/0,4 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE(31.08.2023 TARİHLİ HGB DEĞERİ İÇİN MEDULA KAYDI YOK.18.08.2023 TARİHLİ KAYIT HGB DEĞERİ UYGUN ANCAK 23.08.2023 TARİHLİ REÇETE İÇİN YETERLİ.REÇETE TARİHİNE UYGUN HGB DEĞERİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.EPOBEL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">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">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">NANOGAM 5G/50 ML INFUZYONLUK COZELTI ICEREN FLAKON (1 FLAKON)(5 GR)(YETERLİ SÜRE STREROİD KULLANIMI YOK (STEROİD TEDAVİSİNE (PULS VE İDAME TEDAVİSİNE EN AZ 6 AY) YETERSİZ CEVAP).)	<ul style="list-style-type: none">NANOGAM; PREDNOL BAŞLAMA TARİHİ İLE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

15	<ul style="list-style-type: none">EZETEC PLUS 10 MG/40 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(LDL UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">EZETEC PLUS - MEDULA HASTANE SİSTEMİNDE DE LDL DEĞERİNİN 98 OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI YETERSİZ.)FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI YETERSİZ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL)(EN FAZLA 6 AY SÜRELİ UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK BAŞLANIR. BU SÜRENİN SONUNDA; YUKARIDA BELİRTİLEN MALNÜTRİSYON KOŞULLARININ DEVAM ETMESİ DURUMUNDA ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ, ÇOCUK NÖROLOJİ, ÇOCUK METABOLİZMA, ÇOCUK CERRAHİSİ VEYA ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENEN EN FAZLA 6 AY SÜRELİ RAPORA DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI ; İDAME RAPORU İLGİLİ UZMAN HEKİMLER YAZMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
18	<ul style="list-style-type: none">XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE PROTEIN ÇIKOLATALI 200 ML(250 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL EŞLİK EDEN HASTALIK BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE PROTEIN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI YETERSİZ.)	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

21	<ul style="list-style-type: none">• IMPACT GLUTAMIN 500 ML(565 KCAL)(RAPOR MALNUTRİSYON TANIMI YETERLİ DEĞİL.)• NOVASOURCE G.I CONTROL VANILLA 500(528 KCAL)(RAPOR MALNUTRİSYON TANIMI YETERLİ DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none">• VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLITABLET(RAPORDA İLAÇ DEĞİŞİM NEDENİ RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİ İÇİN KESİLDİ.)• EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• VEMLIDY -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• EXFORGE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">• VENTOPİUM PLUS 0,5 MG + 2,5 MG / 2,5 ML NEBULİZASY(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)• DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• VENTOPİUM -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• DIAMICRON; SON RAPORUNDAKİ DOZA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">• NUTRİVİGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(HASTANIN RAPORU YENİLENMİŞ.AMA RAPORDA MAMA ADI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• NUTRİVİGOR; İLGİLİ RAPORDA MAMA ADI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">• BONVİVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(RAPORDA L2-L4 T=-2.3 25.03.2021 MELİKE DOLMUŞ 29/03/2021 11:22 HASTA 62 YAŞINDA VE PATOLOJİK KIRIKSIZ OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ RAPORDA AYNI GÜN FARKLI FARKLI T SKORLARI GİRİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">• BONVİVA25/03/2021 TARİHLİ RAPORDA KMY ÖLÇÜMÜ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
26	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(REÇETE BESLENME SOLUSYONUNUN ADININ OLMADIĞI BAŞKA BİR RAPORLA İLİŞKİLENDİRİLMİŞ İLGİLİ RAPOR İÇİN SİSTEM RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL) ADLI İLAÇ İÇİN RAPORA İLAVE DEĞER(LER) GİRİLMELİDİR. EKSİK İLAVE DEĞER(LER): GÜNLÜK KALORİ MİKTARI MESAJINI VEREREK BESLENME SOLUSYONUNA GEÇİŞ VERMİYOR.	<ul style="list-style-type: none">• 25/05/2023 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

27	<ul style="list-style-type: none">TARBETAX 500 MG 50 FTB(RAPORDA MIKOFENALAT 2*1 OLARAK BELİRTİLMİŞ 2*2 OLARAK REÇETELENMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDA DOZ 2*1 GRAM OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
28	<ul style="list-style-type: none">DUPHASTON 10 MG.20 TABLET(HATALI UYARI KODU KALDIRILDIĞINDA SİSTEM TARAFINDAN KESİLDİ)OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ KALDIRILDIĞINDA;8699828950103 BARKODLU İLACIN AYAKTAN RAPORLU ÖDENMESİ İÇİN GEREKLİ ŞARTLAR SAĞLANAMIYOR. SEBEP(LER)İ ; * REÇETE UYARI KODLARI UYUMSUZ, (351129))	<ul style="list-style-type: none">GEBELİKTE ,REÇETEDKİ O 22 TANISIA GÖRE KATILIM PAYLI KOD GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.
29	<ul style="list-style-type: none">KOMPLIA 5 MG SERT KAPSUL (21 ADET)(METASTATİK MULTİBL MİYELOM HASTASI OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)THALIDOMİDE CELGENE 50 MG 28 KAP (THALIDOMİDE PHARMION 50 MG 28 KAP)(ENDİKASYON DIŞI KULLANIM İZİNİ İLE KULLANILDIĞI RAPORDA BELİRTİLMİŞ ANCAK İZİN 31/08/2022 DE 6 AYLIK SURE İLE VERİLMİŞ VE RAPOR SURELERİNİ UZATILMASI KAPSAMI DIŞINDA OLDUĞU BELİRTİLMİŞTİR)	<ul style="list-style-type: none">KOMPLIA ; TEDAVİYE 2015 YILINDA SUT A UYGUN OLARAK BAŞLANDIĞINDAN VE RAPORDA GEREKLİ BİLGİLER OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.THALIDOMİDE ; ENDİKASYON UYUMU OLMADIĞINDAN VE ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNİN SÜRESİ DOLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OYBİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
30	<ul style="list-style-type: none">VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İÇİN LİYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON(ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIM İZİN BELGESİNE GÖRE 3 AYLIK DOZDA KULLANIMI UYGUNDUR VE ONAY SÜRELERİNİN UZATILMASI HAKKINDAKİ DUYURU KAPSAMI DIŞINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">VERXANT -ENDİKASYON DIŞI BELGESİNİN SÜRESİ DOLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
31	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL 267 M KP.(HASTA İLACA UZUN SURE ARA VERMİS ESKİ TG DEGERİ İLE ODENMEZ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPOR ÖNCESİ TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE TRG TARİHİ GÜNCEL OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

32	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(İDAME TEDAVİ.İLGİLİ UZMAN HEKİM RAPORU ÇIKARMAMIS.)	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE -İDAME RAPORU İLGİLİ UZMAN HEKİMLER DÜZENLEMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
33	<ul style="list-style-type: none">HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(RAPORDAKİ TEŞHİSLE BU İLAÇ ÖDENMEZ)	<ul style="list-style-type: none">HUMIRA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	<ul style="list-style-type: none">EPOBEL 4000 IU/0,4 ML İ.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE(DOZ DÜZELTİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">EPOBEL 4000 IU; E-REÇETEDEKİ KİLO VE DOZA GÖRE HAFTALIK 4000 Ü KULLANMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
35	<ul style="list-style-type: none">GLUCERNA SR VANİLYA AROMALI 230 ML.(206 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
36	<ul style="list-style-type: none">LUCENTIS -(HASTANIN OCT DEĞERLERİ VE TEDAVİYE VERDİĞİ CEVAP RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)LUCENTIS -(HASTANIN OCT DEĞERLERİ VE TEDAVİYE VERDİĞİ CEVAP RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB.(HASTANIN RAPORU ENDİKASYON ŞARTLARINI KARŞILAMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)LUCENTIS -(HASTANIN OCT DEĞERLERİ VE TEDAVİYE VERDİĞİ CEVAP RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)LUCENTIS -(HASTANIN OCT DEĞERLERİ VE TEDAVİYE VERDİĞİ CEVAP RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)LUCENTIS -(HASTANIN OCT DEĞERLERİ VE TEDAVİYE VERDİĞİ CEVAP RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)EYLEA -(HASTANIN OCT DEĞERLERİ VE TEDAVİYE VERDİĞİ CEVAP RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.LUCENTIS-İDAME TEDAVİ KRİTERİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.ARIMIDEX; HORMON-RESEPTÖR POZİTİFLİĞİ YETERLİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.LUCENTIS; SADECE SAĞ GÖZ İÇİN KULLANILAN İLAÇTA İDAME KRİTERİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.LUCENTIS-İDAME TEDAVİ KRİTERİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.LUCENTIS-İDAME TEDAVİ KRİTERİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.EYLEA -İDAME TEDAVİ KRİTERİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

37	<ul style="list-style-type: none">REMSIMA 100 MG I.V. INF.COZ. HAZ. ICIN LIYOFILIZE TOZ ICEREN 1 FLK (ANTI TNF)(HASTANIN BAS DAI DEĞERİNDE DÜZELME OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
38	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE THICKEN UP CLEAR 125 G(385 KCAL)(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMALAR EKSİK VE HASTA TOPLAM KALORİ MİKTARINI AŞIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE THICKEN UP ; RAPORA EKLEME YAPILMIŞTIR. TOPLAM 951 KCAL VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
39	<ul style="list-style-type: none">CUVITRU 1 G/5 ML S.C. UYGULAMA ICIN ENJEKSİYONLUK COZELTI(25.09.2023 / 2Z2LGBY TARİH VE İŞLEM NUMARALI REÇETE İLE AYNI ECZANE TARAFINDAN İLAÇ VERİLMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">CUVITRU - 25/09/2023 TARİHİNDE AYNI ECZANE TARAFINDAN HIZENTRA 1 G OLARAK KARŞILANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
40	<ul style="list-style-type: none">TREVICTA 525 MG I.M. ENJEKSİYON ICIN UZUN SALIMLI SUSPANSİYON ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(RAPORDA AÇIKLAMALAR EKLEYEN EKLENME ZAMANI ARALIKSIZ EN AZ 4 AY SÜREYLE PALİPERİDONUN 1 AYLIK DEPO PARENTERAL FORMUNUN KULLANIMI SONRASI KLİNİK DURMU STABİL OLAN HASTANIN 3 AYDA BİR 525 MG İDAME KULLANILMASI UYGUNDUR.İFADESİ VAR ANCAK HASTANIN AYLIK DEPO FORMU KULLANDIĞI SİSTEMDE GÖRÜLMUYOR)	<ul style="list-style-type: none">TREVICTA; TREVICTA TEDAVİSİNE 06/05/2020 TARİHLİ RAPOR VE REÇETEYLE BAŞLANDIĞI, REÇETELERİN AYNI ECZANE TARAFINDAN VERİLDİĞİ VE ÖNCESİNDE 1 AYLIK DEPO FORMUNUN KULLANILMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
41	<ul style="list-style-type: none">ALIPZA 2 MG FILM TABLET(HASTA İDAME TEDAVİ ALMIYOR VE YENİ LDL SONUCU YOK.)	<ul style="list-style-type: none">ALIPZA; RAPOR ÖNCESİ TEDAVİYE 6 AYDAN FAZLA ARA VERİLDİĞİ VE İDAME TEDAVİ OLMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

42	<ul style="list-style-type: none"> KARUM 75 MG.28 FILM TABLET(PLETAL,PLAVİX,ECOPİRİN;İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTIKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR (YENİ TARİHLİ PLETAL BIRAKILDI)) PLETAL 100 MG 60 TABLET(PLETAL,PLAVİX,ECOPİRİN İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTIKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR) 	<ul style="list-style-type: none"> PLETAL -İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTIKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI KONTRENDİKASYONLARINDA BELİRTİLDİĞİNDEN VE PLAVİX İLE ECOPİRİN KULLANIMI DA BULUNDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE. KARUM - PLETAL'İN KONTRENDİKASYONLARINDA İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTIKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI BELİRTİLDİĞİNDEN VE KARUM İLE ECOPİRİN KULLANIMI DA BULUNDUĞUNDAN KARUMUN ÖDENMESİ VE PLETA İN KESİLMESİNE.
43	<ul style="list-style-type: none"> EFEKOR XR 150 MG.28 KAPSUL (SNRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.) TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(HASTANIN İLAÇ GEÇMİŞİ YOK RAPORDA KULLANDIĞI BELİRTİLMİYOR.METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.) JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET(HASTANIN İLAÇ GEÇMİŞİ YOK RAPORDA KULLANDIĞI BELİRTİLMİYOR.METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.) TREVICTA 525 MG-ARALIKSIZ EN AZ 4 AY SÜREYLE PALİPERİDONUN 1 AYLIK DEPO PARENTERAL FORMUNUN KULLANIMI SONRASI KLİNİK OLARAK STABİL OLAN HASTALARDA BU DURUMUN BELİRTİLDİĞİ RAPORLA ÖDENİR. 	<ul style="list-style-type: none"> EFEKOR XR 150 ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. TRAJENTA VE JARDIANCE- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. TREVICTA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
44	<ul style="list-style-type: none"> ALATAB 600 MG 30 F TB (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

45	<ul style="list-style-type: none">PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(RAPORDA ADI GECEN ILAC VERILMEMIS.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
46	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(HASTADA MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
47	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE PROTEIN CILEK AROMALI 200 ML(250 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE PROTEIN; SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCEKİ RAPOR OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
48	<ul style="list-style-type: none">SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(HASTA KOMBİNASYON TEDAVİ ALIYOR VE RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YAZMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">SPIRIVA; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
49	<ul style="list-style-type: none">LOTEMAX 5 MG/ML GOZ DAMLASI SUSPANSİYONU 5 ML(RAPOR SÜRESİ DOLMUŞ)NOVAQUA TEK DOZLUK GOZ DAMLASI 30 FLK(RAPOR SÜRESİ DOLMUŞ)DEPORES FREE %0.05 GOZ DAMLASI, EMULSİYON (5,5 ML)(RAPOR SÜRESİ DOLMUŞ)FEMARIS PLUS 150 MG/5600 IU FILM KAPLI TABLET(3 FILM TABLET)(HASTANIN PATOLOJİK KIRIGI YOK. KMY ÖLÇÜMÜ BULUNMUYOR.)	<ul style="list-style-type: none">NOVAQUA VE DEPORES FREE ; REÇETE TARİHİNDE GÜNCEL RAPOR BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.LOTEMAX; RAPORSUZ GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.FEMARIS; 75 YAŞ ÜSTÜ HASTALARDA KMY ÖLÇÜMÜ ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
50	<ul style="list-style-type: none">FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTI(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR.SUT A GÖRE HASTANIN NÜKS VEYA METASTAZ OLMASI GEREKLİ,BU DURUM HASTANIN RAPORUNDA BULUNMAMAKTADIR.)REAMPLA 125 MG KAPSUL (21 KAPSUL)(RAPOR SUT ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR.SUT A GÖRE HASTANIN NÜKS VEYA METASTAZ OLMASI GEREKLİ,BU DURUM HASTANIN RAPORUNDA BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDA METASTAZ DURUMU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
51	<ul style="list-style-type: none">TEGRETOL-CR 200 MG DIVITAB(RAPORDAKİ DOZA GÖRE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.