

## 24.03.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>EFFIENT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET ( SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA AYNI ECZANE TARAFINDAN FATURA EDİLMİŞ OLAN PLAVİX (KLOPİDOGREL) İLACI MEVCUT)</li><li>PLETAL 100 MG 60 TABLET (PLETAL,PLAVİX,ECOPIRİN İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-EFFIENT; FARKLI RAPORLARLA KLOPİDOGREL ETKEN MADDELİ İLAÇ KULLANDIĞINDAN VE AYNI ATC GRUBUNDA (ADP RESAEPTÖR ANTAGONİSTİ) BULUNDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li><li>PLETAL; KLOPİDOGREL VE ASETİLSALİSİLİK ASİTLE BİRLİKTE KULLANILDIĞINDAN VE KONRENDİKE OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li></ul>
2	ZEFFIX 100 MG.28 FILM TB.( 01/03/2022 TARİHİNDEN İTİBAREN REÇETE İLE KARŞILANMASI GEREKTİĞİ İÇİN 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR)	ZEFFIX 100 MG.28 FILM TB ;UZATILMIŞ RAPOR OLMADIGINDAN ÖDENMESİNE.
3	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)( İLACI ROMATOİD ARTRİT TANISIYLA KULLANMAKTA ANCAK YENİ RAPOR ANKİLAZON SPONDİLİT OLARAK ÇIKMIŞ.BELİRTİLEN BASDAİ VE DAS28 DEĞERLERİ AYNI OLMASI AYRICA CRP DEĞERİ OLMAMASI AÇISINDAN VE İLAÇ GEÇMİŞİ AÇISINDAN NE İDAME NE YENİ HASTALIK OLDUĞU ANLAŞILAMAMIŞTIR.)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none"><li>PLAVIX 75 MG 28 FTB( İLGİLİ RAPOR SEÇİLDİ).</li><li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ( İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)</li><li>TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET ( İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BENEDAY- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>TIOPATI- İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</li><li>PLAVIX 75 MG 28 FTB; 07/10/2021 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
5	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ( RAPORDA HASTANIN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	CEDRINA 25 MG.30 FILM TABLET ( CEDRINA TB RAPORDAKİ G30.9 ICD-10 KODU İLE ENDİKASYON UYUMU ARANMAKTADIR.RAPORDAKİ ALZHEIMER HASTALIĞI TEŞHİSİ İLE ÖDENMEZ.)	CEDRINA 25 MG.30 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	COLIDUR 200 MG 12 FTB ( SUT TA BELİRTİLEN ENDİKASYONLARDAN BİRİ RAPOR VEYA REÇETE DE YOK)	COLIDUR 200 MG 12 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)( BİFOSFONATLARI TOLERE EDEMİYEN VEYA YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTALARDAN; A) POSTMENOPAZAL OSTEOPOROZU BULUNAN VEYA B) YÜKSEK KIRIK RİSKİ OLAN HASTALARDA UZUN DÖNEM GLUKOKORTİKOİD TEDAVİSİYLE İLİŞKİLİ KEMİK KAYBININ TEDAVİSİNDE ENDİKE OLUP,BU RAPOR ÖNCESİ SİSTEMDE KAYITLI BİFOSFONAT RAPORU VEYA İLACI BULUNMAMAKTADIR)	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

9	PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET ( 01/03/2022 TARİHİNDEN İTİBAREN REÇETE İLE KARŞILANMASI GEREKTİĞİ İÇİN 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR )	PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET;UZATILMIŞ RAPOR OLMADIGINDAN VE DUYURU ÖNCESİ GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
10	PLAVIX 75 MG 28 FTB(01/03/2022 TARİHİNDEN İTİBAREN REÇETE İLE KARŞILANMASI GEREKTİĞİ İÇİN BİR KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR)	PLAVIX 75 MG 28 FTB; UZATILMIŞ RAPOR OLMADIGINDAN ÖDENMESİNE.
11	THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)( SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)	THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	NERUDA 300 MG 50 FTB ( G56.0 ICD10 KODUNDA ÖDENMEZ.)	NERUDA 300 MG 50 FTB; RAPOR TANISI ÜST EKSTREMİTE MONONÖROPATİLERİNE DAHİL OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET ( ACİL BAŞVURU TARİHİ YOK. )</li> <li>TERNAVİR 245 MG 30 FTB ( RAPORDA BAŞLANGIÇ DEĞERLERİ YOK.İLACA BAŞLADIĞI) TARİHTEKİ RAPORDA BELİRTİLEN HBV DNA DEĞERİNİN TARİHİ UYGUN DEĞİL.İLAC GEÇMİŞİ YOK. )</li> <li>ROVARAN 20 MG SERT KAPSUL (28 KAPSUL) ( RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA KULLANILIR. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BRILINTA; 30/07/2021 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>TERNAVİR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ROVARAN- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
14	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL) ( GÜNCEL BOY-KİLO E-RAPORDA BULUNMAMAKTADIR. )	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU; RAPORDA MALNUTRİSYON TANISI BULUNDUĞUNDAN VE RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>AVODART 0.5 MG.30 YUMUSAK KAPSUL ( RAPORUN 30/04/2022'DE SÜRESİ DOLMUŞ )</li> <li>XATRAL-XL 10 MG 30 DENETİMLİ SAL.TB ( RAPORUN 30/04/2022'DE SÜRESİ DOLMUŞ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HER İKİ İLAÇLA İLGİLİ BİR ÖNCEKİ REÇETENİN BİTİŞ TARİHİ 01/03/2022 DEN İTİBAREN RAPORUN BİTİŞ TARİHİ OLAN 30/04/2022 TARİHİNE KADAR 2 ER KUTU VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE</li> </ul>
16	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	LAMERIS 800 MG 180 FTB (RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL. BAŞKA İLACA AİT KULLANIM ŞARTLARIDIR.)	LAMERIS 800 MG 180 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
18	PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)( RAPORDAKİ KALORİ HESABINA GÖRE TEKRAR HESAPLANDI)	PEDIASURE PLUS FIBER CILEK AROMALI 220 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALATAB 600 MG 30 FTB (SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA BULUNMAMAKTADIR. )</li> <li>REVOLADE 50 MG 14 FTB ( GÜNCEL TROMBOSİT DEĞERİ BULUNMAMAKTADIR.)</li> <li>SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ (LABA+İKS)( LABA LAMA İKS 3 LÜ KOMBİNASYONUNA GÖRE RAPOR UYGUN DEĞİL)</li> <li>SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)( LABA LAMA İKS 3 LÜ KOMBİNASYONUNA GÖRE RAPOR UYGUN DEĞİL)</li> <li>VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET ( HASTANIN 2018 DE ÇIKAN BAŞLANGIÇ RAPORUNDA BAŞLAMA KRİTERLERİ UYGUN DEĞİL )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>REVOLADE 50 MG 14 FTB;RAPORA EKLENEN İKİ TAHLİL DEĞERİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET;RAPORA EKLENEN SİROZ TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>

20	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GLYCOSADE 1,8 KG 30X60 G ( RAPORDA BESLENME ÜRÜNÜN, GLİKOJEN DEPO HASTALIĞININ DİYET YÖNETİMİNDE KULLANILDIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> <li>• SULINEX 225 MG XR 28 TB (SNRI) ( RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN VE RAPORU NOROLOJİ UZ ÇIKARDIĞINDAN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GLYCOSADE 1,8 KG 30X60 G; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• SULINEX 225 MG XR 28 TB; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN VE GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI TANISINDA REÇETEDe GİRİLEN BRANŞI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ALIPZA 2 MG FILM TABLET ( RAPORDAKİ LDL UYGUN DEĞİL. )</li> <li>• ALIPZA 2 MG FILM TABLET ( RAPORDAKİ LDL UYGUN DEĞİL. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HER İKİ REÇETEYLe İLGİLİ RAPORDAKİ 163,9 TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
22	PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET ( 01/03/2022 TARİHİNDEN İTİBAREN REÇETE İLE KARŞILANMASI GEREKMEKTEDİR 2 KT 418 İLE ÇIKILINCA 02/04/2022 TARİHİNE KADAR İLAÇ VERİLMİŞ OLDUĞU İÇİN 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR )	PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET ;RAPOR SÜRESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
23	REFACTO AF 500 IU IV ENJ. COZ. IC. TOZ VE COZUCU 1 FLAKON ( PROFLAKSİ TANIMINA UYGUN OLMAYAN RAPOR. AYRICA ÖNCEKİ İLAÇ BİTİM TARİHİ 22.02.2022 İKEN DEVAM REÇETESİ KAPSAMINDA VERİLMİŞTİR.)	REFACTO-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE VE YENİ RAPOR OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
24	SEVAREN 800 MG 180 TABLET ( BAŞLAMA KRİTERLERİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ )	SEVAREN 800 MG 180 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	TRACLEER 62.5 MG.56 FILM TABLET ( UYGULANACAK TEDAVİ ÜÇER AYLİK PERİYOTLAR HALİNDE SUT TA AÇIKLANAN HUSUSLAR DOĞRULTUSUNDA SAĞLIK KURULU RAPORUNDA BELGELENMESİ ŞARTI İLE TEDAVİYE DEVAM EDİLEBİLİR )	TRACLEER, BU RAPOR ÖNCESİ KOMBİNASYON TEDAVİSİNE GEÇİLDİĞİNDEN BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ VE PAB DA AZALMA ŞARTI ARANMAYACAĞINDAN ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ENJEKTOR 2 CC ( TEDAVİYE 4 HAFTADA BİR 20 MG SANDOSTATİN LAR KULLANILARAK BAŞLANMASI ÖNERİLİR.3 AYLİK TEDAVİYE SEMPTOMLARI YALNIZCA KISMEN KONTROL ALTINA ALINABİLEN HASTALARDA DOZ, HER 4 HAFTADA BİR 30 MG SANDOSTATİN LAR OLMAK ÜZERE YÜKSELTİLEBİLİR.BU HASTAYADIREK 30MGLİK DOZLA BAŞLANMIŞYALNIZCA İNTESTİNAL VE PANKREATİK FİSTÜLLERİN TEDAVİSİ VE GASTROİNTESTİNAL SİSTEMDE GÖRÜLEN ENDOKRİNTÜMÖRLERİN AŞIRI SEKRESYONLARININ SEMPTOMATİK TEDAVİSİ ENDİKASYONLARINDA ÖDENİR. )</li> <li>• SANDOSTATİN-LAR 30 MG.1 FLK ( TEDAVİYE 4 HAFTADA BİR 20 MG SANDOSTATİN LAR KULLANILARAK BAŞLANMASI ÖNERİLİR.3 AYLİK TEDAVİYE SEMPTOMLARI YALNIZCA KISMEN KONTROL ALTINA ALINABİLEN HASTALARDA DOZ, HER 4 HAFTADA BİR 30 MG SANDOSTATİN LAR OLMAK ÜZERE YÜKSELTİLEBİLİR.BU HASTAYADIREK 30MGLİK DOZLA BAŞLANMIŞYALNIZCA İNTESTİNAL VE PANKREATİK FİSTÜLLERİN TEDAVİSİ VE GASTROİNTESTİNAL SİSTEMDE GÖRÜLEN ENDOKRİNTÜMÖRLERİN AŞIRI SEKRESYONLARININ SEMPTOMATİK</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>

	TEDAVİSİ ENDİKASYONLARINDA ÖDENİR. )	
27	FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL) ( RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
28	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ARCAPTA 150 MCG 30 INHALER KAP (LABA) ( KOMBİNE KULLANIM İÇİN AÇIKLAMA YOK.)</li> <li>• GLINIUM 50 MCG INHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA)( KOMBİNE KULLANIM İÇİN AÇIKLAMA YOK.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• LABA/LAMA/İKS ÜÇLÜ KOMBİNE KULLANIM BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE</li> </ul>
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) ( BİFOSFONATLARI TOLERE EDEMEYEN VEYA YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA KULLANILIR. )</li> <li>• LIPOFEN SR 250 MG.30 KAPSUL ( TRİGLİSERİD ÖLÇÜM ARİHİ UYGUN DEĞİL. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ; RAPORDA BİFOSFONATLARI TOLERE EDEMEDİĞİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>• LIPOFEN - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
30	CANLOX PLUS 16 MG/10 MG/12,5 MG 28 TABLET ( RAPORDA KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)	CANLOX PLUS 16 MG/10 MG/12,5 MG 28 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
31	-CRESTOR 10 MG.28 TABLET ( LDL TAHLİL TARİHİNDEN SONRAKİ 1 YIL İLAÇ KULLANMADIĞI VE RAPORLA GÜNCEL LDL DEĞERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	CRESTOR; SON BİR YIL GÖRÜLEBİLDİĞİNDEN ,TEDAVİYE 6 AYDAN FAZLA ARA VERİLDİĞİNDEN VE GÜNCEL LDL DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
32	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK.(ANTI TNF)( RAPORDA DEVAM KRİTERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	EXETU 25 MG 30 FILM KAPLI TABLET ( İADE EDİLDİ RAPORDAKİ EKSİKLER TAMAMLANMADI )	EXETU 25 MG 30 FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
34	REFACTO AF 500 IU IV ENJ. COZ. IC. TOZ VE COZUCU 1 FLAKON ( PROFLAKSİ TANIMINA UYGUN OLMAYAN RAPOR. AYRICA ÖNCEKİ İLAÇ BİTİM TARİHİ 22.02.2022 İKEN DEVAM REÇETESİ KAPSAMINDA VERİLMİŞTİR.)	REFACTO AF 500 IU IV ENJ. COZ. IC. TOZ VE COZUCU 1 FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
35	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR. )	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
36	KETOSTERİL 100 FILM TB.( SUT 4.2.9-D-ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMAYAN RAPOR.)	KETOSTERİL 100 FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
37	CADUET 10 MG 20 MG 30 FILM TABLET ( ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMAYAN RAPOR.)	CADUET 10 MG 20 MG 30 FILM TABLET ; 15/05/2019 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
38	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF) ( RAPORDA GÜVENLİK İZLEM FORMU TARİHİ VE NUMARASI YOK.)	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM; EKLENEN ONAY FORMU BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
39	XARELTO 15 MG 28 FTB ( RAPORDA HASTANIN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)	XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
40	EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 ( RAPORDA GÜNCEL TARİHLİ KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU VEYA SERUM FERRİTİN DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	EXJADE; 27/01/2022 TARİHLİ EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
41	LEVOTIRON 75 MCG 50 TABLET ( RAPORDA LEVOTIRON 1*1 YAZILI FARKLI FORMLARINDAN 1*1 ÇIKIŞI YAPILMIŞ )	LEVOTIRON 75 MCG 50 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
42	XARELTO 20 MG 28 FTB ( 01/03/2022 TARİHİNDEN İTİBAREN REÇETE İLE KARŞILANMASI GEREKEN İLAÇ 418 KODU İLE 2 KT GİRİNCE 06/04/2022	XARELTO 20 MG 28 FTB; UZATILMIŞ RAPOR OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE

	TARİHİNE KADAR İLAÇ VERİLMİŞ OLDUĞU İÇİN 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR)	
43	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET( RAPORDAKİ KMY SONUCU UYGUN DEĞİL.)	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
44	XARELTO 15 MG 28 FTB ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	XARELTO -RAPORDA CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
45	<ul style="list-style-type: none"> <li>FEMARA 2.5 MG 30 FTB ( RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK )</li> <li>XARELTO 20 MG 28 FTB ( RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA EKSİK )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FEMARA 2.5 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>XARELTO 20 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
46	SEVAREN 800 MG 180 TABLET ( BAŞLANGIÇ RAPORU SUT KURALLARINA UYGUN DEĞİL AYRICA FOSFOR DÜZEYİ 3,5 MG/DL'İN ALTINDA OLDUĞU DURUMLARDA TEDAVİ KESİLİR. HASTANIN SON ÖLÇÜLEN DEĞERİ 3,11MG/DL )	SEVAREN 800 MG 180 TABLET; BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ İLE E-REÇETEDEKİ GÜNCEL P DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
47	<ul style="list-style-type: none"> <li>SPASMEX 30 MG.50 FILM TABLET ( 275 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK )</li> <li>BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET ( İADE EDİLDİ EKSİK GİDERİLMEDİ. RAPOR TARİHİNDEKİ HBS AG DE RAPORA EKLETİLMEMİŞ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SPASMEX 30 MG.50 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET;İADE SONRASI EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
48	<ul style="list-style-type: none"> <li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ( MERKEZİ FOVEA KALINLIĞININ 250 MİKRON VE ÜZERİNDE OLMASI DURUMUNDA TEDAVİYİ YÜRÜTEN HEKİM TARAFINDAN "HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİNİN" RAPORDA BELİRTİLMESİ KAYDIYLA HASTAYA KULLANILABİLİR )</li> <li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR ( MERKEZİ FOVEA KALINLIĞININ 250 MİKRON VE ÜZERİNDE OLMASI DURUMUNDA TEDAVİYİ YÜRÜTEN HEKİM TARAFINDAN"HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİNİN" RAPORDA BELİRTİLMESİ KAYDIYLA İLACA DEVAM EDİLEBİLİR )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
49	EVASIF 245 MG 30 FTB ( HASTANIN GÜNCEL HBS AG DEĞERİ BULUNMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	EVASIF; 10/03/2022 TARİHLİ GÜNCEL RAPORDA HBS AG POZİTİFLİĞİ DEVAM ETTİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
50	XARELTO 20 MG 28 FTB ( RİVAROKSABAN İÇİN 28/02/2022 TARİHİ İTİBARIYLA REÇETESİZ İLAÇ TEMİN EDİLMESİNE SON VERİLECEĞİ İÇİN BİR KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR )	XARELTO; RAPOR SÜRESİ 27/04/2022 TARİHİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
51	AIMAFIX-D.I 500 IU 1 FLK ( RENKLİ REÇETE SİSTEMİNE KAYITLI İLAÇLAR DEVAM REÇETESİ KAPSAMINDA 28.02.2022 YE KADAR VERİLEBİLİR. ÖNCEKİ İLACIN BİTİM TARİHİ 23.02.2022 OLDUĞUNDAN BUNA GÖRE HESAPLANDI )	AIMAFIX-D.I 500 IU 1 FLK; UZATILMIŞ RAPOR OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE
52	<ul style="list-style-type: none"> <li>XARELTO 20 MG 28 FTB ( RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.)</li> <li>EUTHYROX 75 MCG 50 TABLET ( HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)</li> <li>XARELTO 15 MG 28 FTB ( RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.)</li> <li>CYPLOS ARVOHALER 50 MCG/500 MCG (60</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>EUTHYROX 75 MCG 50 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA</li> </ul>

	<p>INHALASYON DOZU) (CYPLOS SANOHALER 50/500 MCG INH (LABA+IKS)( RAPORDA KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BRONTIO 18 MCG 30 INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 30 KAP (LAMA) ( RAPORDA KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)</li> </ul>	<p>YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>CYPLOS ARVOHALER 50 MCG/500 MCG; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>BRONTIO 18 MCG 30 INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 30 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
53	<p>PERFOSE 800 MG 180 FTB ( TEDAVİYE BAŞLAMAK İÇİN DİĞER FOSFOR DÜŞÜRÜCÜ İLAÇLARIN EN AZ 3 AY SÜREYLE KULLANILMIŞ OLMASI VE BU HUSUSUN RAPORDA BELİRTİLMİŞ OLMASI GEREKİR.RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE AYRICA ADİNAMİK KEMİK HASTALIĞI OLGULARI OLMALI RİSKİ UYGUN DEĞİL.)</p>	<p>PERFOSE 800 MG 180 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</p>
54	<p>RAPAMUNE 1 MG 100 TABLET ( SOLİD ORGAN NAKİLLERİNDE VE KOMPOZİT DOKU NAKİLLERİNDE BİR KALSİNÖRİN İNHİBİTÖRÜ İLE VE/VEYA KORTİKOSTEROİD İLE KOMBİNE KULLANIMDA BEDELI ÖDENİR )</p>	<p>RAPAMUNE 1 MG 100 TABLET;HASTAYA AİT S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</p>
55	<p>XARELTO 20 MG 28 FTB ( 01/03/2022 TARİHİNDEN İTİBAREN REÇETE İLE VERİLMESİ GEREKTİĞİ İÇİN 418 KODU İLE 1 KUTU VERİLEBİLİR .HASTANIN İLAÇ ALIMI 2KT VERİLİNCE 24/03/2022 DIR)</p>	<p>XARELTO; ŞUBAT AYINDA İLAÇ BİTTİKTEN SONRA 2. KUTUYU ALABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.</p>
56	<ul style="list-style-type: none"> <li>VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET ( RAPORDA GÜNCEL HBSAG DURUMU BELİRTİLMEMİŞ. )</li> <li>XARELTO 20 MG 28 FTB ( RAPORDA HASTANIN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>XARELTO -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>VIREAD-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
57	<p>FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB ( RAPORDA GEÇERLİ OLAN BÖLGENİN KMY Sİ YAZMIYOR.)</p>	<p>FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</p>
58	<p>PLAVIX 75 MG 28 FTB( 01/03/2022 TARİHİNDEN İTİBAREN REÇETE İLE KARŞILANMASI GEREKLİ OLDUĞU İÇİN İKİ KUTU BEDELI ÖDENMİŞTİR)</p>	<p>PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPOR SÜRESİ 26/08/2022 TARİHİNE KADAR OLDUĞUNDAN VE İLGİLİ DUYURU 21/01/2022 TARİHİNDE YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</p>
59	<p>TENOVİRAL 245 MG 30 FTB ( 01/03/2022 TARİHİNDEN İTİBAREN REÇETE İLE KARŞILANMASI GEREKTİĞİ İÇİN 418 KODU İLE 2 KUTU VERİLEMEZ 1 KUTU BEDELI ÖDENMİŞTİR)</p>	<p>TENOVİRAL 245 MG 30 FTB; 2 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİNE</p>
60	<ul style="list-style-type: none"> <li>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ( RAPORDA HASTANIN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ. )</li> <li>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (RAPORDA HASTANIN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ELIQUIS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ELIQUIS- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
61	<ul style="list-style-type: none"> <li>EXJADE 250 MG SUDA DAGILABİLEN 28 ( SERUM FERRİTİN&lt;300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR RAPORDAKİ 2020 YILINDAKİ FERRİTİN DEĞERİ İLE VERİLMİŞ)</li> <li>EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 ( SERUM FERRİTİN&lt;300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR RAPORDAKİ 2020 YILINDAKİ FERRİTİN DEĞERİ İLE VERİLMİŞ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>XARELTO 15 MG 28 FTB ( SUT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HER İKİ REÇEEYLE İLGİLİ RAPOR SUT</li> </ul>

62	HÜKÜMLERİNE GÖRE AYAKTAN TEDAVİDE SAĞLIK KURULU RAPORU İLE ÖDENİR (MADDE 4.2.15.D).MADDESİNDEKİ ŞARTLARA UYAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR ) <ul style="list-style-type: none"><li>XARELTO 15 MG 28 FTB ( AYAKTAN TEDAVİDE SAĞLIK KURULU RAPORU İLE ÖDENİR (MADDE 4.2.15.D).MADDESİNDE BELİRTİLEN ŞARTLARA UYAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR )</li></ul>	DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCE OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
63	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN ( RAPORDAKİ DOZ 1*30 ANCAK SİSTEME 1*50 OLARAK GIRILMIŞ )	LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
64	TARDEN 20 MG 30 FILM TB. (6 AYDAN FAZLA ARA VERMİŞ. BAŞLANGIÇ DEĞERİ GEREKİR.)	TARDEN 20 MG 30 FILM TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE