

## 24.06.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ( HASTA 418 İLE ARANESP VERİLMİŞ BU İLAÇ HEMOGLOBİN DEĞERLERİNE BAKILARAK REÇETE EDİLEBİLİR )	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA;GELEN GÖRÜŞE GÖRE İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ 217- REÇETE UYARI KODUNDAKİ HG,FERRİTİN VEYA TSAT DEĞERLERİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	FEBIND 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 TABLET (GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ OLMADAN ÖDENMEZ )	FEBIND 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 TABLET;(GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ OLMADAN ÖDENMEZ) KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ( HEMOGLOBİN DEĞERİ 11 GR/DL'YE ULAŞINCAYA KADAR BAŞLANGIÇ DOZUNDA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR VE HB SEVİYESİNİ 11-12 GR/DL ARASINDA TUTABİLMEK İÇİN İDAME DOZDA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR. HB SEVİYESİ 12 GR/DL'Yİ AŞINCA TEDAVİ KESİLİR.EK TAHLİL DEĞERLERİ VE HASTANIN DURUMUNA GÖRE DOZU DR.AYARLAMALI.)	ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ;29/04/2021 TARİHİNDE BİTEN 60 MCG LİK FORM OLDUĞU HALDE VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
4	<ul style="list-style-type: none"><li>SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB ( 418 KODUYLA ÖDENMİYOR )</li><li>SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB ( 418 KODUYLA ÖDENMİYOR )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ GELEN GÖRÜŞE GÖRE İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>ALFAZAN 600 MG 30 FTB ( DİYABET HASTASI DEĞİLDİR.)</li><li>SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB ( KR.HAST. REÇETESİZ İLAÇ TED.KAPSAMINDA DEĞİLDİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ALFAZAN 600 MG 30 FTB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB; İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li></ul>
6	PLETAL 100 MG 60 TABLET (İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ENTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI KONTRENDİKEDİR02/2020 YILINDA PLETAL RAPORU 02/2021 YILINDA KLOPIDOGREL RAPORU ÇIKARILAN HASTADA KONTRENDİKE OLDUĞU İÇİN PLETAL BEDELİ ÖDENMEMİŞTİR)	PLETAL 100 MG 60 TABLET;İLGİLİ HEKİMDEN GELEN GÖRÜŞE GÖRE BEDELİ ÖDENMEMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
7	<ul style="list-style-type: none"><li>EPORON 10000 IU/1,0 ML KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR ( EPORAN HEMOGLABİN DEĞERİNE BAKILARAK DOZLAMA VE REÇETE YAZILIR 418 İLE VERİLMEMEYE UYGUN DEĞİL)</li><li>PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ ICEREN AMP 1 ML 5 AMP ( İLAÇ 07 2019 TARİHİNDEKİ VERİLER İLE 418 İLE VERİLMEMEYE DEVAM EDİLMİŞTİR HASTANIN CA P PTH DEĞERLERİ GÜNCEL OLUP KULLANIMAYA DEVAM ETMELİDİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>EPORON 10000 IU/1,0 ML KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR;İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ HG, FERRİTİN VEYA TSAT TAHLİLİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li><li>PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ ICEREN AMP 1 ML 5 AMP; RAPOR BAŞLANGIÇ DEĞERLERİ VE E-REÇETEDe İDAME İÇİN CA VE P DEĞERLERİ UYGUN OLDUGUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>

8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UREDERM LIPO %10 ( RAPORDA HAFTADA 1 KT OLARAK BELİRTİLMİŞ GÜNDE 2*1 OLARAK REÇETELENMİŞ SİSTEME RAPORDAKI DOZ GIRILINCE 5 KT BEDELİ ÖDENDİ)</li> <li>• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ( MIYOKART INFARKTÜSÜND KULLANIM 2-8 GUNDUR STEMİ DE 8 GUN VE HASTA TABURCU OLANA KADAR KULLANILIP ORAL ANTIQUAGÜLANA GEÇİLİR HASTAYA 05/03/2021 TARİHİNDE (16/12/2020 TARİHLİ RAPORLA) VARFARİN BAŞLANMIŞ 06/03/2021 TARİHİNDE (10/10/2018 TARİHLİ RAPORLA) 418 KODU İLE ENOKSAPARIN ÇIKIŞI YAPILMIŞ )</li> <li>• SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB ( IDRARDA OPIOIT SAPTANMAYAN HASTALARDA KULLANILABİLİR 418 KODU İLE ÇIKIŞ YAPILMIŞ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• UREDERM LIPO -- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE HAFTADA 3 KUTU OLARAK DÜZELTİLMESİNE</li> <li>• OKSAPAR- 16-12-2020 TARİHLİ RAPOR VE 05-03-2021 TARİHLİ REÇETEYELE VARFARİN KULLANIMINA GEÇİLMİŞTİR. 06-03-2021 TARİHLİ 418 KODUYLA VERİLEN ENOX LA BİRLİKTE KULLANILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>• SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB;İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. . OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li> </ul>
9	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ( 418 İLE VERİLMİŞ. REÇETE TARİHİ İLE UYUMLU HEMOGLOBİN VE FERRİTİN DEĞERİ YOK )	ARANESP- 217 -REÇETE UYARI KODUNDA BELİRTİLEN , İDAME TEDAVİ VE DOZ AYARI İÇİN GEREKLİ GÜNCEL FERRİTİN, HG VEYA TSAT DEĞERLERİ BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. . OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
10	LAMERIS 800 MG 180 FTB ( 418 İLE VERİLMİŞ. REÇETE TARİHİ İLE UYUMLU FOSFOR DEĞERİ YOK)	LAMERIS 800 MG 180 FTB (418 İLE VERİLMİŞ. REÇETE TARİHİ İLE UYUMLU FOSFOR DEĞERİ YOK) KESİNTİ YAPILMIŞTIR. . OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
11	INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL) ( INFATRİNİ 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE HASTALIĞA BAĞLI MALNÜTRİSYONDA BEDELİ ÖDENİR 08/10/2018 DOĞUMLU)	INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL); HASTANEDEN ALINAN GÖRÜŞE GÖRE RAPORA EKLEME YAPILAN 19/03/2021 TARİHİNDE HASTANIN HASTANEYE MÜRACAATI OLMADIĞINA DAİR GÖRÜŞÜNE GÖRE KESİNTİ YAPILMIŞTIR. . OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
12	LEVEMİR FLEXPEN 100U ML 5*3 ML. (LEVEMİR FLEXPEN'İN RAPORDAKİ DOZU GÜNDE 1*30 Ü 'DİR. FAKAT REÇETEYE 1*40 Ü GIRLİMİŞTİR. REÇETEDEKİ DOZ RAPORA UYGUN OLARAK GÜNDE 1*30 Ü ŞEKLİNDE DÜZELTİLİNCE SİSTEM 3 KUTUDAN 1 KUTUYU KESMİŞTİR.)	LEVEMİR FLEXPEN 100U ML 5*3 ML;GELEN GÖRÜŞE VE RAPOR DOZUNA GÖRE KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
13	<ul style="list-style-type: none"> <li>• XARELTO 20 MG 28 FTB ( INR DEĞERİ KRİTERİ;SON BEŞ ÖLÇÜMÜN EN AZ ÜÇÜNDE OLACAK ŞEKİLDE TANIMLANAN KRİTERE UYMAMIŞ.)</li> <li>• SUBOXONE ( İDAME TEDAVİSİNDE HER KIRMIZI REÇETEYE; REÇETİYİ YAZAN HEKİM TARAFINDAN “YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPIYAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR” İFADESİ YAZILACAK...ŞEKLİNDE İDAME VERİLEBİLEN İLAÇ.418 KODUYLA VERİLMEZ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• XARELTO 20 MG 28 FTB;RAPOR UYGUN OLDUGUNDAN ODENMESINE.</li> <li>• SUBOXONE; İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. . OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR</li> </ul>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB ( REÇETEDEKİ GÜNCEL BİLGİLERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ)</li> <li>• SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB ( REÇETEDEKİ GÜNCEL BİLGİLERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ)</li> </ul> SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB(HASTANIN GÜNCEL BİLGİLERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4 REÇETE 418 KODUYLA VE İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. . OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (GÜNCEL BİLGİLERİ OLMADAN ÖDENMEZ )</li> <li>SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB ( GÜNCEL BİLGİLERİ OLMADAN ÖDENMEZ )</li> </ul>	
15	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) ( LABA/LAMA/İKS KOMBİNASYONLARIYLA YAPILACAK ÜÇLÜ KOMBİNASYON TEDAVİLERİNDE; EN AZ 3 AY SÜREYLE İNHALE KORTİKOSTEROİD (İKS) VE UZUN ETKİLİ SOLUNUM YOLU BETA-AGONİSTLERİ (LABA) KULLANILMALI.LAMA'SI KEŞİLDİ.SİSTEMDE KAYITLI RAPORU VAR ANCAK EN AZ 3 AY KULLANIM YOK)	SPIRIVA- HASTANIN ÖNCEKİ KOAH RAPORUNA VE MÜSTEHAK OLMADIĞI DÖNEMDE E-REÇETE KAYITLARINA GÖRE ÖDENMESİNE.
16	CLONEX 100 MG.50 TABLET ( RAPORDA GÜNCEL BEYAZ KÜRE DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	CLONEX 100 MG.50 TABLET; İZLEM FORMLARI İSTENMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALIPZA 2 MG FILM TABLET ( RAPORDAKİ EN AZ 1 HAFTA ARAYLA YAPILMIŞ İKİ LDL SONUCU OLMASI GEREKİYOR)</li> <li>ENOX 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML 2 KULL. HAZ. ENJ. ( RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL. )</li> <li>TARDEN 10 MG.30 FILM TB. ( HASTA İLACI İDAME OLARAK ALMADIĞINDAN VE YENİ ÖLÇÜLMÜŞ LDL SONUCU OLMADIĞINDAN KEŞİNTİ YAPILDI.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ALIPZA - RAPOR ÖNCESİ SON 6 AYDA EN AZ BİREER HAFTA ARALIKLI İKİ LDL DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>ENOX -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>TARDEN - RAPOR ÖNCESİ SON 6 AYDA YAPILAN LDL SONUCU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
18	VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET ( RAPORDA SONLANDIRMA KRİTERLERİ YOK.)	VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	CLONEX 100 MG.50 TABLET ( RAPORDA GÜNCEL BEYAZ KÜRE DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ )	CLONEX 100 MG.50 TABLET;İZLEM FORMLARI İSTENMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>GRANEXA 1 MG FILM KAPLI TABLET (10 TABLET) ( GÜNDE 1 BİR HAFTAYA KADAR KULLANILIR. )</li> <li>PLAVIX 75 MG 28 FTB ( ANJIO SONUCU RAPORDA YOK.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>GRANEXA 1 MG FILM KAPLI TABLET BİR HAFTALIK DOZ İÇİN 2 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİNE.</li> <li>PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ( RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR)</li> <li>LIPANTHYL 267 M KP. ( 2019 TARİHİNDE ÖLÇÜLEN TG DEĞERİ UYGUN DEĞİL. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BENEDAY -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>LIPANTHYL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
22	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) (MAMA ADI RAPORDA YOK.)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
23	IMPACT ORAL RTD TROPİK MEYVE AROMALI 237 ML(334 KCAL) (RAPORDA HASTANIN KALORİ İHTİYACI YOK. )	IMPACT ORAL RTD TROPİK MEYVE AROMALI 237 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK ( ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL. )</li> <li>OPSUMIT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET ( BU HASTALARIN ÜÇ AYLIK TEDAVİ SONRASI KONTROLÜNDE KLİNİK EFOR KAPASİTESİ (6 DAKİKA YÜRÜME TESTİ VEYA TREADMİL EFOR TESTİ), HEMODİNAMİ VEYA EKOKARDİYOGRAFİK VERİLERİNDE DÜZELME OLMASI VEYA STABİL KALMAKALMASI DURUMUNDA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>OPSUMIT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
25	HUMAN ALBUMİN %20 BEHRING (DUSUK TUZ) 100 ML IV INF COZ (HUM ALBUMİN BEHRING %20 100 ML 1 FLK ) ( İLAÇ ALIM TARİHİNE GÖRE ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİNİN 3 GÜNÜ GEÇTİĞİ ADET	HUMAN ALBUMİN %20 BEHRING; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	KESİLMİŞTİR)	
26	CLONEX 100 MG.50 TABLET ( RAPORDA GÜNCEL BEYAZ KÜRE DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ)	CLONEX 100 MG.50 TABLET ; İZLEM FORMLARI İSTENMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
27	INSOMIN 30 DRAJE (TRISIKLIK) ( HT,REFLÜ,MİYALJİ,BAŞAĞRISI TANISINDA ÖDENMEZ.)	INSOMIN- RAPORSUZ ÖDENMESİNE.
28	ENSURE 2 CAL MUZ AROMALI 200 ML (400 KCAL ( RAPORDA ENSURE SOLUSYON YAZILI ENSURE 2CAL SOLUSYON VERİLMİŞ )	ENSURE 2 CAL MUZ AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	ALIPZA 4 MG FILM TABLET ( İDAME DEĞİL.LDL DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)	ALIPZA 4 MG FILM TABLET; 27/04/2021 TARİHLİ LDL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
30	ABOUT PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) ( MAMA ADI RAPORDA YOK.)	ABOUT -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	<ul style="list-style-type: none"> <li>IMPACT ORAL RTD VANILYA AROMALI 237 ML(334 KCAL) ( GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI 2200KCAL/GÜN ÜZERİNDEN HESAPLANDI)</li> <li>RESOURCE DIABET KAHVELİ 200 ML(200 KCAL) ( GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI 2200KCAL/GÜN ÜZERİNDEN HESAPLANDI )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
32	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ( UYGUN TSAT VEYA FERRİTİN ,HB DEĞERİ OLDUĞUNDA ÖDENEN İLAÇ.418 KODUYLA ALAMAZ.)	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ; GÖNDERİLEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
33	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORPACK 12/400 MCG CAPSAIR İNHALASYON İCİN TOZ İCEREN 60 KAPSUL (LABA+İKS) ( LABA LAMA İKS 3LÜ KOMBİNASYONUNA GÖRE RAPORSUZ ÖDENMEZ)</li> <li>CORIVA 12 MCG İNHALASYON İCİN TOZ İCEREN 30 KAPSUL (LAMA) ( LABA LAMA İKS 3LÜ KOMBİNASYONUNA GÖRE RAPORSUZ ÖDENMEZ )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LABA+İKS VE LAMA KOMBİNASYONU RAPORSUZ VERİLDİĞİNDEN VE SUTA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
34	MINIRIN MELT 120MCG ORAL LIYOFİLİZAT (SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU REÇETEDEN YOK )	MINIRIN MELT- E-REÇETEDEN UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
35	KETYA 100 MG 30 TB (ICD 10 KODU İLE ÖDENMEZ)	KETYA- RAPORDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
36	ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL İCEREN 1 FLK ( İLAÇ ALIM TARİHİNE GÖRE ALBÜMİN SONUCU 3 GÜNDEN ÖNCESİNE AİTTİR)	ZENALB- 24/05/2021 TARİHLİ ALBÜMİN TAHLİLİ REÇETEDEN ÜÇ GÜN ÖNCESİNE AİT OLDUĞUNDAN VE GÜNCEL DEĞER OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
37	BINOCRIT 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ İCİN COZ İCEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ( HB SEVİYESİ 12 GR/DL'Yİ AŞINCA TEDAVİ KESİLİR.HEMOGLOBİN DEĞERİ 11 GR/DL'YE ULAŞINCAYA KADAR BAŞLANGIÇ DOZUNDA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR VE HB SEVİYESİNİ 11-12 GR/DL ARASINDA TUTABİLMEK İCİN İDAME DOZDA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR. EK BELGE OLMADAN VERİLECEK DOZ AYARI UYGUN OLMAZ.)	BINOCRIT 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ İCİN COZ İCEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
38	RESOURCE JUNIOR ÇIKOLATALI 200 ML(300 KCAL) ( REÇETE EDİLEN RESOURCE JONUIR MAMA RAPORDA YER ALMIYOR.)	RESOURCE JUNIOR ÇIKOLATALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
39	ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL İCEREN 1 FLK ( ALBÜMİN ÖLÇÜM SONUCU 3 GÜNDEN ÖNCESİNE AİTTİR)	ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL İCEREN 1 FLK ; ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİ REÇETEDEN 4 GÜN ÖNCESİNE AİT

		OLDUĞUNDAN VE GÜNCEL DEĞER OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
40	ALVASTİN 20 MG.30 FILM TABLET ( LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL. )	ALVASTİN 20 MG.30 FILM TABLET; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
41	KIOVIG 10 GR/100 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM ICIN COZELTI ICEREN FLK ( RAPORDA GÜNDE 0,4 MG/KG KULLANILACAĞI YAZILMIŞ. (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE 3 HAFTADA BİR 0,4-1 G/KG TOTAL DOZ 1-2 GÜNDE UYGULANIR.)	KIOVIG 10 GR/100 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM ICIN COZELTI ICEREN FLK; SUT UN 4.2.12.B-1-F MADDESİNDE 06/05/2021 TARİHİNDE YAPILAN DEĞİŞİKLİKLE , BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE İDAME DOZ 0,4-1 G/ KG TOTAL DOZ 1 YADA 2 GÜNDE UYGULANACAĞINDAN RAPORDA 0,4 GR*80 KİLO = 32 GR DOZUNA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
42	<ul style="list-style-type: none"> <li>LIPITOR 20 MG.30 TB. (RAPORDAKİ LDL NİN ÖLÇÜM TARİHİ RAPORLA UYUMLU DEĞİL)</li> <li>ALIPZA 4 MG FILM TABLET ( RAPORDAKİ LDL ÖLÇÜM TARİHİ RAPOR TARİHİ İLE UYUMLU DEĞİL. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LIPITOR 20 MG.30 TB, ÖDENMESİNE</li> <li>ALIPZA 4 MG FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
43	C-C %10 200 ML IV/SC ENJ. ICIN COZL. ICEREN FLK ( HASTA KAYDINDA 08.06.2021 E KADAR 4*1 DOZDA GAMUNEX %10 50ML MEVCUT. RAPOR DOZU AŞILAMAZ)	C-C %10 200 ML IV/SC ENJ. ICIN COZL. ICEREN FLK ; 01/06/2021 TARİHLİ REÇETE SİLİNDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
44	<ul style="list-style-type: none"> <li>HUMAN ALBUMIN %20 BEHRING (DUSUK TUZ) 100 ML IV INF COZ (HUM ALBUMIN BEHRING %20 100 ML 1 FLK ) ( İLAÇ ALIM TARİHİNE GÖRE ALBÜMİN ÖLÇÜM SONUCU 3 GÜNDE ÖNCESİNE AİTTİR )</li> <li>ZENALB %20 100 ML IV INF ICIN DUSUK TUZLU SOL ICEREN 1 FLK ( İLAÇ ALIM TARİHİNE GÖRE ALBÜMİN ÖLÇÜM SONUCU 3 GÜNDE ÖNCESİNE AİTTİR )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>HUMAN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ZENALB; ALBÜMİN TAHLİL TARİHİ İLE İLAÇ VERİLİŞ TARİHİ ARASINDA 3 GÜNDE FAZLA SÜRE OLDUĞUNDAN VE GÜNCEL DEĞER OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
45	REPLENINE-VF 500 IU/10 ML IV ENJ LIYO TOZ ICEREN 1 FLK (VITALIS) ( HASTA KAYDINDA 07.06.2021' E KADAR HAFTADA 1*4.5 DOZDA 1000IU FAKTÖR İX MEVCUT. RAPOR VE SUT'A GÖRE HAFTADA 4500 IU FAKTÖR ALABİLİR. )	REPLENINE-VF 500 IU/10 ML IV ENJ LIYO TOZ ICEREN 1 FLK; ÖDENMESİNE VE İLAÇ BİTİŞ TARİHİ İLE İLGİLİ DÜZENLEME YAPILMASINA.
46	<ul style="list-style-type: none"> <li>JUDEXA 0,5 MG 28 KAP ( E-RAPORDA EDSS DEĞERİ EKSIKTİR.)</li> <li>SPIRACT 18 MCG INHALASYON TOZU (30 KAPSUL) (LAMA) (E-RAPOR KRİTERLERİ EKSIKTİR.)</li> <li>OCREVUS 300 MG/ 10ML INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK ICIN KONSANTRE (1 FLAKON) ( E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JUDEXA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>SPIRACT -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>OCREVUS - SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCEKİ RAPOR SÜRESİ SONUNA KADAR GEÇERLİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li> </ul>
47	GAMUNEX-C %10 200 ML IV/SC ENJ. ICIN COZL. ICEREN FLK (1- RAPORDA BELİRTİLEN DOZA (30 G/AY) DÜZELTİLDİ 2- ECZACI ODASI ONAYLI TEVZİ LİSTESİ YOK )	GAMUNEX-C E-REÇETEDEKİ DOZ 80 KG * 0,4 G OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
48	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (BONVIVA 150 MG ROCHE 3 FTB) ( RAPORDA GEÇERLİ OLAN BÖLGENİN KMY SONUCU YAZMIYOR.)	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
49	<ul style="list-style-type: none"> <li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA İLGİLİ AÇIKLAMA YOK.254)</li> <li>LEVOTIRON 125 MCG 50 TB ( RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>BENEDAY ENTERİK KAPLI ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>LEVOTIRON 125 MCG 50 TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>