

24.11.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) INFATRİNİ 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE HASTALIĞA BAĞLI MALNÜTRİSYONLU HASTALARDA BEDELI ÖDENİR.01/2021 DOĞUMLU HASTA)	INFATRINI 200 ML:HASTANIN YAŞI 18 AYI GEÇTİĞİNDEN VE GÜNCEL KİLOSU BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	IG-VENA N IV 50MG/ML 200 ML 1 FLK(VA=35 KG X 0,8 MG= 28 MG/21 GÜNDE (PRİMER İMMÜN YETMEZLİK İÇİN ÖNERİLEN BAŞLANGIÇ DOZU BİR SEFERDE VERİLEN 0.4-0.8 G/KG İNFÜZYONU TAKİBEN HER 3-4 HAFTADA BİR UYGULANAN EN AZ 0.2 G/KG'DIR.) HESABIYLA DOZ GİRİLDİ.)	IG-VENA- İLACIN POZOLOJİSİNDE BELİRTİLEN BAŞLANGIÇ VE İDAME DOZ HESABINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE
3	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POŞET (2.670 KCAL)(RAPORDAKİ MAMADAN FARKLI MAMA VERİLMİŞ.)	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POŞET;33 KOM KALAN; GÖRÜŞ SORULMUŞTUR. RAPORA MAMA ADI EKLENMİŞTİR. GÜNLÜK 2200 KCAL. DOZUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">LEVOTIRON 125 MCG 50 TB(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)LIPOFEN-SR 250 MG 90 MIKROPELLET KAP(RAPOR ÇIKTIĞI TARİHTE TRİGLİSERİD DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)ATOR 10 MG.30 TB.(RAPORDA LDL ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ RİBOSİKLİB (MADDE 4.2.14-C/3-DDD);)	<ul style="list-style-type: none">LEVOTIRON 125 MCG; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.LIPOFEN- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.ATOR- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.VALAMOR- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CILEK AROMALI(200 KCAL)(2 YAŞ VE ÜSTÜ ÇOCUKLAR İÇİN VÜCUT KÜTLE İNDEKSİ (VKİ) (<- 2SD),OLMALIDIR VE)	FORTINI 1,0 MULTI ; RAPORDAKİNE GÖRE BOY VE KİLO GELİŞİMİ <-2 SDS AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">VESICARE 10 MG 30 FTB(RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.RAPORSUZ: BARKODLU İLACIN AYAKTAN RAPORSUZ ÖDENMESİ İÇİN GEREKLİ ŞARTLAR SAĞLANAMIYOR. SEBEP(LER)İ ; * REÇETEYİ YAZAN DOKTORUN BRANŞI UYUMSUZ, (346717))SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)BREQUAL 50/100 MCG INHALASYON ICIN TOZ İCEREN 60 KAPSUL (LABA+IKS)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)PLAVIX 75 MG 28 FTB(RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.)	<ul style="list-style-type: none">VESICARE ; RAPORDAKİ ICD-10 KODU UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.ÜÇLÜ KOMBİNASYON İLE İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.PLAVIX ; RAPOR TANISI KORONER ANJİOPLASTİ İMPLANT VE GREFTİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
7	<ul style="list-style-type: none">ISOSOURCE PROTEIN VANILLA 500ML SOL(650 KCAL)(GÜNLÜK 1200 KALORİYE GÖRE TEKRAR HESAPLANDI)RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(GÜNLÜK 1200 KALORİYE GÖRE TEKRAR HESAPLANDI)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ KALORİ MİKTARINA GÖRE DÜZELTİLDİ.)	FORTIMEL ENERGY ; RAPORDAKİ 1200 KCAL MİKTARINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.

9	ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET(HASTAYA 06/2020 TARİHİNDE ORENCIA TEDAVISI DAS 6,2 DEĞERİ İLE BAŞLANIYOR 6 AYDAN DAHA AZ ARALIKLAR VERİLEREK İLAÇ SUREKLI KULLANILIYOR 20/04/2022 TARİHİNDE BASLANGIÇ RAPORU İFADELERİ İLE ORENCIA KULLANILMAYA DEVAM EDİLİYOR VE BU RAPORDA DAS 6,4 OLDUĞU BELİRTİLİYOR SUT AGÖRE TEDAVİNİN DEVAMINDA DAS 28 KRİTERİNE 6 AYDA BİR BAKILIR, BAŞLANGIÇ VE YENİ DAS 28 SKORLARI HER SAĞLIK KURULU RAPORUNDA BELİRTİLİR İLACA RAĞMEN DAS SKORU ARTTIĞI İÇİN İLACA DEVAM EDİLEMEZ)	ORENCIA SUBKUTAN 125 MG ENJ COZ ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJ 4 ADET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	OCTAGAM 10 G/200 ML IV İNFUZYONLUK COZELTİ(İDAME TEDAVİ DOZU MAX 2 GÜNDE UYGULANACAĞINDAN 2 GÜNLÜK DOZ ÖDENDİ. E-REÇETEDE GÜNDE 40 GRAM ALINACAĞI VE 3 GÜNLÜK TEDAVİ OLDUĞU BELİRTİLMİŞTİR.)	OCTAGAM 10 G/200 ML IV İNFUZYONLUK COZELTİ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	ALVITA İNSULİN KALEM İGNESİ 4MMX32G (GÜNLÜK İNSULİN KULLANIMI 1*1 1 KUTU İGNE UCU ODENİR.)	ALVITA İNSULİN KALEM İGNESİ; TEK ÇEŞİT UZUN ETKİLİ İNSÜLİN GÜNDE TEK DOZ UYGULANDIĞINDAN GÜNDE 1*1 OLARAK ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
12	<ul style="list-style-type: none"> • DESAL 40 MG 50 TB(RAPORDAKİ DOZU=1*1) • NERUDA 600 MG 50 FTB(RAPORDAKİ DOZU=2*1) 	<ul style="list-style-type: none"> • DESAL 40 MG 50 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • NERUDA 600 MG 50 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA BULUNMAMAKTADIR)	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	URSACTIVE 250 MG 100 KAP(KARACİĞER NAKLİ YAPILMIŞ HASTALARDA SAFRA TAŞI/KOLESTAZ PROFİLAKSİSİNDE, BEDELI ÖDENİR)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB(RAPORDAKİ DOZU=1*1)	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	CITOLES 10 MG ML ORAL DAMLA 15 ML. (SSRI)(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	CITOLES ; RAPORDA BELİRTİLEN GÜNDE 15 MG , 30 DAMLAYA DENK GELDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
17	INFATRİNİ - HASTA 18 AYINI GEÇMİŞ VE GÜNCEL KİLOSU BELİRTİLMEMİŞ	INFATRİNİ - EKLENEN BENEK İZLEM FİŞİ İLE KASIM AYINDAKİ SYNAGİS REÇETESİNDEKİ KİLOYA GÖRE ÖDENMESİNE.
18	PRIVİGEN 10 G/100 ML IV İNF COZ(ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIM BELGESİNİN SÜRESİ DOLMUŞ (09.04.2020 TARİHİNDE TİTCK.GOV.TR İNTERNET SİTEMİZDE YAYINLANAN "ENDİKASYON DIŞI/YURT DIŞI İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN ONAY SÜRELERİNİN UZATILMASI" HAKKINDAKİ DUYURU KAPSAMI DIŞINDA OLUP). TEK DOZLUK (1 AYLIK) BELGE DÜZENLENMİŞ VE 09.08.2022 TARİHİNDE İLAÇ ALINMIŞ.)	PRIVİGEN 10 G/100 ML IV İNF COZ; ENDİKASYON DIŞI KULLANIM İZİNİ 0,4/KG DOZDA 5 GÜNLÜK TOPLAM DOZ İÇİN ÇIKMIŞ , SÜRE UZATIMIYLA İLGİLİ DUYURU KAPSAMI DIŞINDA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
19	<ul style="list-style-type: none"> • HUMALOG KWİKPEN 100IU/ML SC KULLANIMA HAZIR COZELTİ İCEREN ENJEKSİYON KALEMİ (ESKİ RAPORLA VERİLEN HIZLI ETKİLİ İNSÜLİN KESİLDİ) • TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKSİYON KALEMİ(2019 RAPORUYLA DA LANTUS SOLOSTAR 100IU VERİLMİŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> • HUMALOG ; UZUN ETKİLİ İNSÜLİN YANINDA HIZLI ETKİLİ İKİ İNSÜLİNDEN ESKİ RAPORLA VERİLEN KESİLMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE. • TOUJEO ; AYNI ZAMANDA LANTUS İLE BİRLİKTE VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
20	YONDELİS 1 MG IV KONS İNF COZ İCİN TOZ(DOKSORUBİSİN VE İFOSFAMİD İÇEREN KEMOTERAPİ REJİMLERİ SONRASINDA GELİŞEN PROGRESYON İÇİN BAŞLANAN TRABEKTEDİN	YONDELİS 1 MG IV KONS İNF COZ İCİN TOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	TEDAVİSİNİN İLK 6 AYLIK KULLANIMDAN SONRA TEDAVİYE DEVAM EDİLEBİLMESİ İÇİN HASTALIKTA PROGRESYONUN OLMAMASI GEREKMEKTEDİR. DEVAM RAPORUNDA, HASTANIN HALEN PROGRESYON KURTARMA TEDAVİSİNDE OLDUĞU BELİRTİLMİŞ.)	
21	XARELTO 20 MG 28 FTB-(RAPORDA SUT OLDUĞU GIBI RAPORA GEÇİRİLMİŞ HASTADAKİ MEVCUT DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKLİDİR)	XARELTO 20 MG 28 FTB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	REBIF 132 MCG/1,5 ML SC KULLANIM ICIN ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN COKLU DOZ KARTUS (4 KARTUS)(TEDAVİ ALTINDA İKEN EDSS 6,5 ÜZERİNDE OLAN MS HASTALARINDA BU TEDAVİLER SONLANDIRILIR.01/2022 TARİHİNDEKİ EDSS SKORUNA GÖRE VERİLMİŞ)	REBIF 132 MCG/1,5 ML SC KULLANIM ICIN ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN COKLU DOZ KARTUS;E.D.S.S RAPORDA BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
23	GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET (5 TABLET)(KEMOTERAPİYİ TAKİBEN GÜNDE İKİ KEZ BİR TABLET (1 MG) VEYA 2 MG GÜNDE BİR KEZ BİR HAFTAYA KADAR KULLANILDIĞINDAN 2 KUTU BEDELİ ÖDENDİ.)	GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET; KEMOTERAPİYİ TAKİBEN BİR HAFTAYA KADAR VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
24	BUDECORT STERI-NEB 0,5 MG/ML (1 MG/2 ML)NEB ICIN INH SUSP ICEREN TEK DOZLUK 20 AMP(İKS)(SEÇİLİ RAPORDA DOZ2*1 REÇETEYE 3*1 YAZILMIŞ)	BUDECORT STERI-NEB 0,5 MG/ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none"> • DIASIP CILEK 200 ML(200 KCAL)(GÜNLÜK EN FAZLA 1200 KCAL DOZDA REÇETE EDİLMESİ HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ ÖDENİR.) • NUTRISON ADVANCED DIASON 500 ML(515 KCAL)(GÜNLÜK EN FAZLA 1200 KCAL DOZDA REÇETE EDİLMESİ HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ ÖDENİR.) • FORTINI MULTI FIBRE 200 ML(300 KCAL)(YÜZ GÖRÜNÜŞÜ ETKİLEYEN KONJENITAL MALFORMASYON SENDROMU TANISINDA MUAF VERİLMEYECEĞİ İÇİN RAPORDAKİ İFADELERDE MALNUTRİSYON TANIMINA UYDUĞU İÇİN 20:00 TEŞHİS KODU İLE KATILIM PAYLI VERMEK İSTENMİŞTİR ANCAK SİSTEM 20.00 - EK- 4/D LİSTESİNDE YER ALMAYAN HASTALIKLAR E45 GELİŞME GERİLİĞİ, PROTEİN-ENERJİ MALNÜTRİSYONU SONRASI 30/09/2019 28/09/2021 RAPORUN BİTİŞ TARİHİNİ 28*09*2021 OLARAK VERDİĞİ İÇİN TAMAMI KESİLMİŞTİR) 	<ul style="list-style-type: none"> • DIASIP CILEK 200 ML; REÇETE TARİHİ 01/09/2022 OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE • NUTRISON ADVANCED DIASON 500 ML; REÇETE TARİHİ 01/09/2022 OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE • FORTINI; SUT UN EK-4/D LİSTESİNE GÖRE 15.14 PIERRE ROBİN SENDROMU (Q87.0) TANISINDA MUAF VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
26	LETRASAN 2,5 MG 30 FTB(RAPORDA ENDİKASYON EKSİK.)	LETRASAN 2,5 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	RESOURCE JUNIOR CİKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(HASTAYA VERİLEN BESLENME SOLUSYONU RAPORDA YOKTUR.)	RESOURCE JUNIOR CİKOLATALI 200 ML(300 KCAL)19/09/2022 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE
28	STIVARGA 40 MG 84 FILM KAPLI TABLET(ÖNCESİNDE FLOROPİRİMİDİN, OKSALİPLATİN VE İRİNOTEKAN BAZLI KEMOTERAPİ VE ANTİ-VEGF (ANTİ VASKÜLER ENDOTELYAL BÜYÜME FAKTÖRÜ) TEDAVİSİ VE RAS-DOĞAL TİP İSE AYRICA ANTİ-EGFR (ANTİ EPİDERMAL BÜYÜME FAKTÖRÜ RESEPTÖRÜ) İLE TEDAVİ GÖRMÜŞ VE PROGRESYON GÖSTERMİŞ, ECOG PERFORMANS SKORU: 0-1 OLAN, YETERLİ ORGAN FONKSİYONU BULUNAN VE YAŞAM BEKLENTİSİ ÜÇ AYDAN FAZLA OLAN, REZEKE	STIVARGA 40 MG 84 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	EDİLEMEYEN METASTATİK KOLOREKTAL KANSER (MKRK) TEDAVİSİNDE KULLANILIR. HASTANIN RAPOR BİLGİLERİ YETERSİZDİR.)	
29	RAZINA 375 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (60 TABLET)(İLAÇ; VASTAREL 80 MG TABLET İLE AYNI ATC GRUBUNDADIR.)	RAZINA 375 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET;KISMİ YAĞ ASİDİ OKSİDASYON İNHİBİTÖRLERİ (PFOX İNHİBİTÖRLERİ)GRUBU İLAÇLAR ARASINDA AYNI GRUPTAN OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
30	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU SİSTEME GIRILMIŞ.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	<ul style="list-style-type: none"> JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET(RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL) VENTOLIN İNHALER 200 DOZ (SABA)(RAPORDAKİ DOZA GÖRE ÖDENMEZ) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
32	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(KMY ÖLÇÜMÜNDE LOMBER TOTAL (L1-4 VEYA L2-4) VEYA FEMUR TOTAL VEYA FEMUR BOYNU KMY ÖLÇÜMÜNDE BULUNAN DEĞERE GÖRE VERİLİR)	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
33	FORTIMEL COMPACT FİBRE CİLEK AROMALI 4X125 ML (1200KCAL)(RAPORUNDAKİ SVH TANISINA AİT ICD-10 KODU İLE MUAF ALAMAZ.KATILIMLI ALABİLECEĞİ ICD-10-10 KODU İLE ÖDENDİ.)	FORTIMEL COMPACT- 10.7. DEMANS İLE (F00) VE ALT KODLARINDA MUAF OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
34	<ul style="list-style-type: none"> DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET(RAPORDAKİ DOZU=1*1) WILLCARE INSULİN KALEM İGNEŞİ 32GX4MM(RAPORDAKİ DOZU=3*1) 	<ul style="list-style-type: none"> DIAMICRON; GÜNCEL RAPORDA DOZ 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE. 2QHLYTX-WILLCARE INSULİN KALEM İGNEŞİ ; HASTANIN REÇETEYİLE İLİŞKİLİ GÜNCEL RAPORUNDA İNSULİN TEDAVİ ŞEMALARI VE İĞNE UCU DOZUNA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE
35	<ul style="list-style-type: none"> GLUTAMİN PLUS NOTRAL 30X22,4 G SASE (2420 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK VE RAPORDAKİ KALORİ MİKTARI YETERLİ DEĞİL.) EPOBEL 4000 IU/0,4 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE (HASTA İLACI İLK KEZ ALIYOR VE HG DÜZEYİ UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> GLUTAMİN PLUS NOTRAL ; RAPORDA MAMA ADI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. EPOBEL; İLK TEDAVİ VE HG DÜZEYİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
36	<ul style="list-style-type: none"> CEDRINA 25 MG.30 FILM TABLET(RAPORDA ICD10 KODU UYGUN DEĞİL.) VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA İLAÇ DEĞİŞİM KRİTERİ BELİRTİLMEMİŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> CEDRINA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. VEMLIDY; RAPORDA İLAÇ DEĞİŞİM KRİTERİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
37	<ul style="list-style-type: none"> FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML CİKOLATA AROMALI(200 KCAL)(RAPORDAKİ MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.) URIKOLIZ 50 TABLET(RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> FORTINI 1,0 MULTI - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. URIKOLIZ ; RAPORDA UYGUN TANI KODU OLMADIĞINDAN VE RAPORSUZ ÖDENEMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
38	RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(GÜNLÜK 1200 KALORİYE GÖRE TEKRAR HESAPLANDI)	RESOURCE GLUTAMİN 100 G;REÇETEDe GİRİLEN DOZA GÖRE GÜNLÜK KALORİ 1200 KCAL GEÇMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
39	DROPOETİN 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ İCİN COZ İCEREN KULL HAZIR 6 SİRİNGA(HAFTADA 150X68 KG OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDE;BİTİŞ TARİHİ 2RİSPZO NUMARALI REÇETEDeKİ İLACIN İLAÇ ALIM TARİHİNİ AŞMIŞTIR.)	DROPOETİN 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ İCİN COZ; MEDULADA DOZ 10200/ HAFTADA OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDE , İLACIN BİTİŞ TARİHİ 15/10/2022 OLARAK GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.

40	PEDIASURE PEPTIDE VANILYA AROMALI 200 ML SISE(200 KCAL)(HASTANIN İNEK SÜTÜ ALLERJİSİ VARDIR.) (16.06.2022 TARİHLİ RAPOTUNA İSTİNADEN)	PEDIASURE PEPTIDE ; İNEK SÜTÜ ALERJİSİNDE 2 YAŞ DOLMAMIŞTIR. 02/09/2022 TARİHLİ RAPORA GÖRE KATILIM PAYLI ÖDENMESİNE.
41	NOVOSEF 1 GR.IM FLAKON(EK 4 E MADDE 8)	NOVOSEF 1 GR.IM FLAKON;72 SAATLİK DOZU AŞMADIĞINDAN ÖDENMESİNE
42	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
43	BOREA 160MG TB(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)	BOREA 160MG TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
44	<ul style="list-style-type: none">DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI)ANTİDEPRESAN OLARAK KULLANIMINDA ; PSİKİYATRİ REÇETELEMİŞ ANCAK 2019 RAPORU NÖROLOJİ TARAFINDAN ÇIKARILDIĞI İÇİN KATILIM PAYI KESİLDİ)GRANITRON 2 MG 5 FTB(KEMOTERAPİYİ TAKİBEN GÜNDE İKİ KEZ BİR TABLET (1 MG) VEYA 2 MG GÜNDE BİR KEZ BİR HAFTAYA KADAR KULLANILIR)	<ul style="list-style-type: none">DULOXX; 6 AYDAN FAZLA KULLANIMI OLMADIĞINDAN VE RAPOR SÜRESİ BİTMEDİĞİNDEN RAPORLU OLARAK ÖDENMESİNE.GRANITRON ; KAPEDA İLE BİRLİKTE VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
45	ARANESP 20 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(REÇETEDEKİ HGB TARİHİ UYGUN DEĞİL.)	ARANESP 20 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
46	PEXA XR 1,5 MG UZATILMIS SALIMLI 30 TB(RAPORDAKI İLAC DOZU 1*1 HASTA 03.08.2022 VE 31.10.2022 TARİHLERİNDE PEXA XR 0,75MG TABLET ALMIS.DOZ AŞIMI.)	PEXA XR 1,5 MG UZATILMIS SALIMLI 30 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.