

26.08.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (RAPOR SÜRESİ 12 HAFTAYI GEÇEMEZ. İLK 12 HAFTALIK OMALİZUMAB İLE TEDAVİ SÜRESİ SONUNDA YANIT ALINDIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA HEKİM TARAFINDAN UYGUN GÖRÜLEN ZAMAN DİLİMİ SONRASINDA İKİNCİ 12 HAFTA TEDAVİ VERİLEBİLİR HASTANIN TEDAVİDEN CEVAP ALINDIĞI BELLİ OLMADAN 418 İLE VERİLMEMEYE DEVAM ETMİŞ)	XOLAIR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (PTH DÜZEYİNDE BİR ÖNCEKİ ÖLÇÜME GÖRE %25’İN ÜZERİNDE ARTIŞ BULUNMAMAKTADIR.PTH DÜZEYİ 600 PG/ML ÜZERİNDE DEĞİLDİR.)	PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP ; RAPORDA BELİRTİLDİĞİ GİBİ İDAME TEDAVİ OLDUĞUNDAN VE GÜNCEL DEĞERLER İDAME KRİTERLERİNİ SAĞLADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
3	AVIRAVİR 0,5 MG FILM KAPLI TABLET (30 FİLM KAPLI TABLET) (ORAL ANTİVİRAL TEDAVİ, HBSAG NEGATİF HASTALARDA ANTİ-HBS POZİTİFLEŞTİKTEN SONRA EN FAZLA 12 AY DAHA SÜRDÜRÜLÜR.)	AVIRAVİR -SUT UN 4.2.13.1.2 - İMMÜNSUPRESİF İLAÇ TEDAVİSİ MADDESİNE GÖRE EK TEDAVİ BOYUNCA VE TEDAVİ BİTİMİNDEN SONRAKİ 12 AY BOYUNCA VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE
4	JAKAVİ 10 MG 56 TABLET (NÖTROFİL SAYISI 2,15/MM3 OLUP HASTANIN NÖTROPENİSİ DÜZELTİLMEYEN JAKAVİ BAŞLANMIŞ)	JAKAVİ 10 MG 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">• IMNOVID 4 MG 21 SERT KAPSUL (TEKRARLANAN 28 GÜNLÜK SIKLUSLAR HALİNDE 1 VE 21. GÜNLER ARASI GÜNDE BİR DEFA AĞIZDAN 4 MG POMALİDOMİDDİR. KUR ŞEKLİNDE UYGULANDIĞI İÇİN 1 KURLUK TEDAVİ BİR DEFADA VERİLEBİLİR)• PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ İCİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) (OSTEOPOROZDA İLAÇ TEDAVİSİ, DÜZENLENECEK RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE SON İKİ YIL İÇİNDE YAPILAN KEMİK MİNERAL YOĞUNLUK (KMY) ÖLÇÜMÜYLE PLANLANIR. KMY ÖLÇÜMÜNÜN TARİHİ VE SONUCU REÇETE VEYA RAPORDA BELİRTİLİR.01/2019 TARİHLİ KMY SONUCU İLE İLAÇ VERİLMEMEYE DEVAM EDİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">• IMNOVID; TABLET FORMU OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.• PROLIA; SUT UN 4.2.17.A – OSTEOPOROZ MADDESİNİN 2. FIKRASINA GÖRE KMY ÖLÇÜMÜ 2 YILDA BİR YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">• SOMAVERT 10 MG 30 FLK (İADE EDİLDİĞİ HALDE RAPORDAKİ EKSİKLER GİDERİLMEDİ.)• ATOR 10 MG.30 TB. (İADE EDİLDİĞİ HALDE RAPORDAKİ EKSİKLER GİDERİLMEDİ)	<ul style="list-style-type: none">• SOMAVERT 10 MG 30 FLK; RAPORDAKİ IGF-1 DEĞERİ:168 NİN 15/11/2018 TARİHLİ OLDUĞUNA DAİR EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.• ATOR 10 MG 30 TB;İADE EDİLDİĞİ HALDE 2.LDL DEĞERİ VE EK HASTALIĞI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.REXAPİN 5 MG 28 FILM TABLET (RAPOR DOZU 1*1)
7	REXAPİN 5 MG 28 FILM TABLET (RAPOR DOZU 1*1)	REXAPİN 5 MG 28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	TAMPROST MR 0.4 MG 30 KAPSUL (FİNASTERİD, DUTASTERİD (TAMSULOSİN KOMBİNASYONLARI DAHİL) ETKEN MADDELİ İLAÇLARIN KOMBİNE KULLANILMASI HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ KARŞILANMAZ.)	TAMPROST MR 0.4 MG 30 KAPSUL; DUTASTERİT İLE BİRLİKTE KISITLAMA OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.

9	<ul style="list-style-type: none"> TRIMBOW 87 MCG/5 MCG/9 MCG AEROSOL INHALASYONU, COZELTI (120 DOZ) (IKS+LABA+LAMA) (HASTANIN İLACA BAŞLAMA KRİTERİNİ KARŞILAYAN BİR İLAÇ KULLANIMI OLMADIĞINDAN BEDELİ ÖDENMEDİ.) ARCAPTA 150 MCG 30 INHALER KAP (LABA) (EN AZ 3 AY SÜRE İLE ŞART KOŞULAN TEDAVİYİ ALMAMIŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> ARCAPTA ; ÜÇLÜ KOMBİNE KULLANIM BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE. TRIMBOW ; ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none"> ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (RAPORDA ADI YOK) NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(RAPORDA ADI YOK) BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (T SKORU OLMADAN İLAÇ VERİLMİŞ) 	<p>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</p> <ul style="list-style-type: none"> NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
11	LIPANTHYL 267 M KP. (TRG. DEĞERİ UYGUN DEĞİLDİR.)	LIPANTHYL 267 M KP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (3 AYLIK VE 6 AYLIK DEĞERLENDİRMELER YAPILMAKSIZIN 418 KODU İLE VERİLMİŞ.)	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR;ÖDENMESİNE
13	<ul style="list-style-type: none"> PLAVIX 75 MG 28 FTB (PLETAL,PLAVIX,XARELTO İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (SİLOSTAZOL, KLOPİDOGREL, RİVAROKSABAN) KONTRENDİKEDİR.YAKIN TARİHLİ PLETAL RAPORU BIRAKILDI) XARELTO 20 MG 28 FTB (PLETAL,PLAVIX,XARELTO İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (SİLOSTAZOL, KLOPİDOGREL, RİVAROKSABAN) KONTRENDİKEDİR.YAKIN TARİHLİ PLETAL RAPORU BIRAKILDI) 	<ul style="list-style-type: none"> PLAVIX 75 MG 28 FTB; ÖDENMESİNE XARELTO 20 MG 28 FTB; ÖDENMESİNE
14	OCREVUS 300 MG/ 10ML INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN KONSANTRE (1 FLAKON) (HASTANIN İLACI KULLANILMASI İÇİN HASTALIK AKTİVİTESİ ÖZELLİKLERİNDEN EN AZ İKİSİNİ TAŞIYAN HASTALARDA KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ ÖDENİR HASTALIK AKTİVİTESİ ÖZELLİKLERİNDEN EN AZ İKİSİNİ TAŞIYAN HASTALARDA KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ ÖDENİR SON 1 YIL İÇİNDE EN AZ BİR ATAK GEÇİRMİŞ OLMAK,BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG'LERDE LEZYON YÜKÜNDE ARTIŞ DOĞRULANMIŞ (6 AY İÇİNDE GERİ DÖNÜŞÜMSÜZ) EDSS ÖLÇEĞİNDE EN AZ 0,5 PUAN ARTIŞI.BU KRİTERLERİ SAĞLANMADIĞI TESPİT EDİLDİ)	OCREVUS; 16/05/2020 TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCE DÜZENLENEN RAPOR UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
15	SULINEX 150 MG XR 28 TB (SNRI) (RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞTIR.6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN REÇETELENDİRİLMESİ GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	SULINEX 150 MG XR 28 TB; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTIRAZIN REDDİNE.
16	<ul style="list-style-type: none"> BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (KMY ÖLÇÜM DEĞERİ VEYA BÖLGESİ UYGUN DEĞİL.) ALYSE 150 MG 56 KAP(RAPOR ICD 10 KODU 	<ul style="list-style-type: none"> BONVIVA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. ALYSE -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	UYGUN DEĞİL.)	
17	<ul style="list-style-type: none"> APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU SİSTEME GIRILMIŞ.) BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (TEDAVİ SÜRESİ 13 KUTU.ÖDENMEZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> APIKOBAL PLUS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. BRILINTA- AYNI RAPORLA 1 YIL İÇİNDE 13 KUTU SINIRI AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
18	<ul style="list-style-type: none"> TEMODAL 100 MG.5 KAPSUL (PERİYOT KAYDEDİLDİ.SİSTEM TARAFINDAN KESİLDİ.) TEMOMID 20 MG 5 KAP (PERİYOT KAYDEDİLDİ.SİSTEM TARAFINDAN KESİLDİ.) LIPITOR 20 MG.30 TB.(RAPOR TARİHİNDEN GERİYE DÖNÜK 6 AY İÇERİSİNDE İLAÇ KULLANIMI BULUNAMADI) 	<ul style="list-style-type: none"> TEMODAL 100 MG VE TEMOMID 20 ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE RADYOTERAPİ SÜRESİ BİTMEĞİĞİNDEN 140 MG DOZUYLA HER GÜN ÖDENMESİNE. LIPITOR ; SON BİR YILLIK İLAÇ GEÇMİŞİ DEĞERLENDİRİLMİŞTİR. ÖDENMESİNE.
19	PLAVIX 75 MG 28 FTB (İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİŞİLİK ASİT, KLOPIDOGREL, KONTRENDİKE OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	PLAVIX 75 MG 28 FTB; HASTANEYE YATIŞ SONRASI RAPOR DÜZENLENDİĞİNDEN VE 2 DEN FAZLA ANTIAGREGAN KULLANILMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
20	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (SAĞLIK KURULU RAPORUNDA BELİRTİLMEK KAYDIYLA; İNME VEYA GEÇİCİ İSKEMİK ATAK ÖYKÜSÜ, 3 75 YAŞ, KALP YETMEZLİĞİ NYHA SINIF 3 II, DİABETES MELLİTUS VEYA HİPERTANSİYON DURUMLARINDAN BİR YA DA DAHA FAZLASINA SAHİP OLAN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA KULLANILIR.)	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	FORTIMEL ENERGY MULTI FIBRE CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL) (MAMA ADI RAPORDA YOK.)	FORTIMEL ENERGY MULTI FIBRE CİLEK AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
22	İMAVEC 400 MG 30 CAP(EN FAZLA BİR YIL SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORLARINDA, TEDAVİ PROTOKOLÜ VE TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN RADOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI, VEYA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN BİLER, EVRE VEYA RİSK GRUBU, VARSA DAHA ÖNCE UYGULANAN KANSER TEDAVİ PLANI BULUNMALIDIR) (MADDE 4.2.14	İMAVEC 400 MG 30 CAP; ÖDENMESİNE
23	<ul style="list-style-type: none"> ALVASTIN 40 MG.30 FILM TABLET (LDL SONUCU UYGUN DEĞİL.) PANOCER 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> ALVASTIN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. PANOCER-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	ZODINASİL 5MG/100 ML IV INF İCİN COZ İCEREN 1 FLK (SECONDER GELİŞEN OSTEOPOROZDA PRİMER HASTALIĞINI DA BELİRTİR SAĞLIK RAPORU İLE BİRLİKTE REÇETELENİR.GÜNCEL KANSER RAPORU BULUNMAMAKTADIR.)	ZODINASİL 5MG/100 ML IV INF İCİN COZ İCEREN 1 FLK ;RAPORDA MEM CA OLDUĞU YAZDIĞINDAN VE MEM CA İLE İLGİLİ RAPORLARI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
25	PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET (SEREBROVASKULER HASTALIK TANISI İLE BEDELİ ÖDENMEZ)	PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
26	WILLCARE İNSULİN KALEM İGNEİ 32GX4MM (İNSULİN DOZUNA (LANTUS) GÖRE AYARLANDI.)	WILLCARE İNSULİN KALEM İGNEİ 32GX4MM; 2 ÇEŞİT İNSULİN FARKLI ZAMANLARDA KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none"> ATOR 10 MG.30 TB.(RAPORDAKİ LDL SONUCU UYGUN DEĞİL.) CİTOVİR 450 MG FILM TABLET (60 TABLET) (TEDAVİ SÜRESİ 100 GÜNÜ GEÇTİĞİNDEN 	<ul style="list-style-type: none"> ATOR 10 MG.30 TB;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. CİTOVİR 450 MG FILM TABLET; BÖBREK NAKLİ SONRASI 100 GÜNÜ

	KESİNTİ YAPILDI)	GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
28	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (HASTA 6 AYLIK TEDAVİDEN SONRA NÜKS ORTAYA ÇIKMADAN TEDAVİYE DEVAM EDİLMEZ)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
29	SAIZEN ; BÜYÜME HORMONU İLE TEDAVİSİNE BAŞLANMIŞ HASTALARDA EPİFİZ HATLARININ AÇIK OLMASI TEDAVİNİN DEVAMI İÇİN YETERLİ OLUP KEMİK YAŞI GERİLİĞİ ŞARTI ARANMAZ. BU HUSUSLAR YENİ DÜZENLENECEK 1 YIL SÜRELİ SAĞLIKKURULU RAPORUNDA BELİRTİLİR. 10/2019 TARİHLİ RAPOR 1 YILLIK SUREYİ DOLDURMUŞ RAPORDA DA 1 GEÇERLİ OLDUĞU YAZILI	SAIZEN; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
30	<ul style="list-style-type: none"> • ELIGARD 45 MG ENJ. COZ. ICIN S.C. TOZ ICEREN SIRINGA VE COZ. ICEREN SIRINGA (HORMONAL MUDAHALEYE UYGUN İLERLEMİŞ PROSTAT CA TANISINDA KULLANIMINDA BEDELİ ÖDENİR) • TEMOMID 20 MG 5 KAP (TEMOMID+RADYOTERAPI FAZI TAMAMLANDIKTAN 4 HAFTA SONT,RA TEMOMIN ADJUVAN TEDAVI OLARAK 6 KÜR DAHA UYGULANIR HASTA BU KÜR SAYISINI TAMAMLAMIŞ) • TEMOMID 250 MG 5 KAP (TEMOMID+RADYOTERAPI FAZI TAMAMLANDIKTAN 4 HAFTA SONT,RA TEMOMIN ADJUVAN TEDAVI OLARAK 6 KÜR DAHA UYGULANIR HASTA BU KÜR SAYISINI TAMAMLAMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> • ELIGARD 45 MG ENJ. COZ. ICIN S.C. TOZ ICEREN SIRINGA VE COZ. ICEREN SIRINGA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE • TEMOMID 20 MG 5 KAP; HASTALIĞIN İLERLEMESİNE GÖRE MAKSİMUM 2 YIL TEDAVİ SÜREBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE. • TEMOMID 250 MG 5 KAP; HASTALIĞIN İLERLEMESİNE GÖRE MAKSİMUM 2 YIL TEDAVİ SÜREBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
31	XELJANZ 5 MG 56 FILM KAPLI TABLET (3AYLIK VE 6 AYLIK DEĞERLENDİRMELER YAPILMADAN İLAÇ 418 KODU İLE VERİLMEMEYE DEVAM EDİLMİŞTİR.)	XELJANZ 5 MG 56 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
32	SUTENT 50 MG 14 KAPSUL (RAPORDA ENDİKASYON EKSİK VE SİSTEMDE END DİŞİ MEVCUT DEĞİL.)	SUTENT 50 MG 14 KAPSUL;GENEL MÜDÜRLÜĞÜN 17/08/2021 TARİH SAYILI GÖRÜŞ YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
33	TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET (KOMBİNE KULLANIM İÇİN RAPOR YETERSİZ.)	TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
34	<ul style="list-style-type: none"> • EVASIF 245 MG 30 FTB (HER YENİLENEN RAPORDA TEK BAŞINA HBSAG POZİTİFLİĞİ VEYA HBSAG NEGATİFLİĞİ İLE BİRLİKTE ANTİ-HBS NEGATİFLİĞİ RAPORDA BELİRTİLMELİDİR.) • CALCIMAX-D3 1000 MG/880 IU EFF TB (CALCIMAX-D3 40 EFF TB) (RAPOR DOZUDUR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • EVASIF 245 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE • CALCIMAX-D3 1000 MG/880 IU EFF TB; ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
35	TENOVIRAL 245 MG 30 FTB (BAŞLANGIÇ RAPORU UYGUN DEĞİL.BİYOPSİ DEĞERLERİ YOK.)	TENOVIRAL 245 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
36	<ul style="list-style-type: none"> • RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML(300 KCAL) (MAX RAPOR SURESI SUT HUKUMLERINE GÖRE 6 AY OLMASINA RAĞMEN RAPORDA RAPOR 3 AYLIK. IBARESİ DÜŞÜLMÜŞ) • (RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML(300 KCAL) (MAX RAPOR SURESI SUT HUKUMLERINE GÖRE 6 AY OLMASINA RAĞMEN RAPORDA RAPOR 3 AYLIK. IBARESİ DÜŞÜLMÜŞ) • RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML(300 KCAL) (MAX RAPOR SURESI SUT HUKUMLERINE GÖRE 6 AY OLMASINA RAĞMEN RAPORDA RAPOR 3 AYLIK. 	<ul style="list-style-type: none"> • RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. • RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. • RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. • RESOURCE JUNIOR CİKOLATALI 200 ML; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.

	<p>IBARESİ DÜŞÜLMÜŞ)</p> <ul style="list-style-type: none"> RESOURCE JUNIOR ÇİKOLATALI 200 ML(300 K CAL) (MAX RAPOR SURESI SUT HUKUMLERINE GÖRE 6 AY OLMASINA RAĞMEN RAPORDA RAPOR 3 AYLIK. IBARESİ DÜŞÜLMÜŞ) 	
37	<ul style="list-style-type: none"> ALIPZA 4 MG FILM TABLET (LDL UYGUN DEĞİL) INSPIRA 25 MG 30 FTB (SUT MADDE EK-4/F-58 RAPORDA BELGELENMEMİS.) 	<ul style="list-style-type: none"> ALIPZA 4 MG FILM TABLET; İKİ LDL DEĞERİ OLMASINA RAĞMEN İKİ EK RİSK FAKTÖRÜ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. INSPIRA 25 MG 30 FTB;RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
38	<ul style="list-style-type: none"> ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 K CAL) 1.212,52 HASTA MALNÜTRİSYON GELİŞMİŞ HASTADIR VE HASTA RAPOR İLE BESLENMEDE 6 AY İLE SINIRLANDIRILMIŞTIR DİBEN DRINK ORMAN MEYVELERİ AROMALI (1X200ML)(300 K CAL) 678,00 HASTA MALNÜTRİSYON GELİŞMİŞ HASTADIR VE HASTA RAPOR İLE BESLENMEDE 6 AY İLE SINIRLANDIRILMIŞTIR) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
39	<ul style="list-style-type: none"> VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET) (BİRİNCİ SIRA AROMATAZ İNHİBİTÖRÜ TEDAVİSİNİ 6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE KULLANDIKTAN SONRA KLİNİK VE/VEYA RADYOLOJİK HASTALIK PROGRESYONU VARLIĞINDA FULVESTRANT İLE KOMBİNE OLARAK KULLANILMASI HALİNDE BEDELİ ODENİR) ZOLADEX 3.6 MG SUBKUTAN İMPLANT (HORMONAL MÜDAHALEYE UYGUN PREMENOPAZAL VE PERİMENOPAZAL KADINLARDA İLERLEMİŞ MEME KANSERİNİN TEDAVİSİNDE 	<ul style="list-style-type: none"> VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE ZOLADEX 3.6 MG SUBKUTAN İMPLANT ;RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
40	<ul style="list-style-type: none"> IMPACT NEUTRAL 500 ML SOL(505 K CAL) (MAMA ADI RAPORDA YOK.) HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (SİSTEMDE ENDİKASYON DIŞI KAYDI YOKTUR.) 	<ul style="list-style-type: none"> IMPACT NEUTRAL 500 ML SOL;RAPORDA IMPACT NEUTRAL (ENTERAL) MAMA ADI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; EKLENEN ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
41	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(RAPORDA KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ AÇIKLAMASI YETERLİ DEĞİL.)	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
42	PEDIASURE PLUS FİBER ÇİLEK AROMALI 220 ML(330 K CAL) (HASTANIN GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI 660 K CALDIR)	PEDIASURE PLUS FİBER ÇİLEK AROMALI 220 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
43	FOSAMAX 70 MG.4 TB. (KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ YETERSİZ.)	FOSAMAX 70 MG.4 TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
44	<ul style="list-style-type: none"> ALVASTİN 20 MG.30 FILM TABLET (İDAME TEDAVİ DEĞİL.LDL ÖLÇÜM TARİHİ YOK.) BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (KMY ÖLÇÜM TARİHİ YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> ALVASTİN 20 MG.30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
45	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LİYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON (RAPORDA PASI DEĞERİNDEKİ DEĞİŞİM BELİRTİLMEMİŞ)	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LİYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON; ÖDENMESİNE

46	ALIPZA 2 MG FILM TABLET (HASTANIN LDL Sİ UYGUN DEĞİL)	ALIPZA 2 MG FILM TABLET; ÖDENMESİNE
47	ACTEMRA 162 MG/ 0,9 ML SC ENJ. COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 4 ENJEKTOR (HASTADAN İSTENEN ENDİKASYON DIŞI KULLANIM BELGESİNDE RAPORUN KULLANIM TARİHİ 01.01.2020 DEN ÖNCE BİTTİĞİ İÇİN KABUL EDİLMEMİŞTİR)	ACTEMRA 162 MG/ 0,9 ML SC ENJ. COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 4 ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
48	JAKAVI 20 MG 56 TB (İLACIN ENDİKASYON DIŞI KULLANIMI YOK VE AYRICA RAPORB SUT TA İSTENDİĞİ GİBİ 3. BASAMAKTAN ÇIKMAMIŞ AYRIVCA 3 AYLIK DURUM TESPİTİ İLE İLACA DEVAM EDİLMESİ İSTENMEKTEDİR 418 İLE VERİLMEYE UYGUN DEĞİL)	JAKAVI 20 MG 56 TB;15/09/2020 TARİHLİ ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
49	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 İLAÇ VERİLİR 418 KODU İLE SUREKLI VERİLMİŞ)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
50	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CILEK AROMALI(200 KCAL) (MAMA ADI RAPORDA YOK.)	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CILEK AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
51	LIPANTHYL 267 M KP. (İDAME TEDAVİ DEĞİLDİR.İLAÇ GEÇMİŞİ YOK.TAHLİL TARİHİ UYGUN DEĞİL.)	LIPANTHYL 267 M KP ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
52	<ul style="list-style-type: none"> GRANITRON 1 MG 10 FTB (KEMOTERAPİYİ TAKİBEN GÜNDE İKİ KEZ BİR TABLET (1 MG) VEYA 2 MG GÜNDE BİR KEZ BİR HAFTAYA KADAR KULLANILIR) CORIVA 12 MCG İNHALASYON İCİN TOZ ICEREN 30 KAPSUL (LAMA) (RAPORUN AÇIKLAMALARINA "SIK ATAK GEÇİREN (YILDA 2 VE ÜZERİ ATAK VEYA 1 VE ÜZERİ YATARAK TEDAVİ) VE DİSPNEPSİ OLAN (MMRC 2 VE ÜZERİ VEYA CAT SKORU 10 VE ÜZERİ)" CÜMLESİ İLAVE EDİLMİŞ OLUP BU CÜMLE, İLACIN ÖDENME ŞARTIDIR, HASTAYA ÖZEL BİLGİ İÇERMEMEKTEDİR. GEÇMİŞTE DE EN AZ 3 AY KULLANIM BULUNMAMAKTADIR) 	<ul style="list-style-type: none"> GRANITRON; KEMOTERAPİYİ TAKİBEN 1 HAFTLIK DOZDA ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE. CORIVA; ÖDENMESİNE..
53	AVODART 0.5 MG.30 YUMUSAK KAPSUL FİNASTERİD, DUTASTERİD (TAMSULOSİN KOMBİNASYONLARI DAHİL) ETKEN MADDELİ İLAÇLARIN KOMBİNE KULLANILMASI HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ KARŞILANMAZ.)	AVODART; TAMSULOSİN İLE KOMBİNE KULLANIM SINIRI BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
54	INSULIPON 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA YOK)	INSULIPON 600 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
55	CONCERTA 27 MG 30 KONTR.SALIM TB. (METİLFENİDAT KULLANIMININ, EN AZ YILDA BİR KEZ KESİLMESİ VE ÇOCUĞUN DURUMUNUN (TERCİHEN OKUL TATİLİ DÖNEMLERİNDE) DEĞERLENDİRİLMESİ GEREKLİDİR 418 KODU İLE VERİLMEYE DEVAM EDİLMİŞ)	CONCERTA 27 MG 30 KONTR.SALIM TB; ÖDENMESİNE
56	ELEPSİ 150 MG 56 FTB (... NOLU RAPORDA " PARŞİYEL BAŞLANGIÇLI EPİLEPSİ HASTALARINDA İKİNCİL JENERALİZE OLAN NÖBETLERİN TEDAVİSİNDE" İBARESİ BULUNMAKTADIR.	ELEPSİ 150 MG 56 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

	GENELLEME YAPILDIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	
57	DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (RAPOR NÖROLOJİ UZMNA HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŐ.6 AYDAN SONRA PSİKİYATRİ HEKİMİ YAZMASI GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	DUXET 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL ; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
58	SOLIFAS 10 MG 30 FTB (ORAL OKSİBUTİNİNE YANIT ALINAMAYAN YA DA TOLERE EDEMİYEN HASTALARDA REÇETE EDİLİR.)	SOLIFAS 10 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE
59	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 24 HAFTA SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORLARINA İSTİNADEN TEDAVİ TEKRARLANABİLİR.418 KODU İLE ARA VERİLMEKSİZİN İLAÇ VERİLMEYE DEVAM EDİLMİŐTIR.)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE
60	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON (RAPORDA 16.HAFTA SONRASI PASİ DEĞERİ GEREKLİ.E REÇETE.)	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE
61	<ul style="list-style-type: none"> • ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA (GÜNCEL DEĞERLERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.) • PERFOSE 800 MG 180 FTB (GÜNCEL DEĞERLERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE • PERFOSE 800 MG 180 FTB ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
62	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (EK 4F MADDE 49 . HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE...418 KODU İLE SÜREKLİ VERİLMİŐTIR.)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE
63	UROMİSİN 3 G TOZ ICEREN SASE (432 KODU GİRİLEREK VERİLMİŞ ANCAK E-REÇETEDA UYGUN İBARE YOK.)	UROMİSİN 3 G TOZ ICEREN SASE;N30.1 TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE
64	<ul style="list-style-type: none"> • ELEPSİ 200 MG 56 FTB (ELEPSİ;SUT'UN MADDE 4.2.25/4 NOLU MADDESİNE İSTİNADEN RAPORDAKİ EKSİKLİK 10 İŐ GÜNÜ İÇERİSİNDE TAMAMLATILMALIDIR DİYE İADE İŐLEMİ YAPILMIŞTIR.RAPORA EKLETİLEN İFADEDE HASTALARDA ŞEKLİNDE GENELLEME YAPILDIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) • TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG İNHALASYON İCİN TOZ ((LAMA) (HASTA LAMA VE LABA+İKS KULLANIYOR.BAŐLANGİÇ TEDAVİSİDİR.HASTANIN EN AZ 3 AY SÜREYLE LABA+İKS VEYA LABA+LAMA KULLANIMI OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • ELEPSİ 200 MG 56 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE • TUTAST ARVOHALER18 MCG İNHALASYON TOZU;ÖDENMESİNE.
65	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU REÇETEDA YOK)	APIKOBAL PLUS ; RAPORSUZ REÇETEDA UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
66	KETYA 25 MG 30 FTB (RAPORDAKİ İCD 10 KODU UYGUN DEĞİL)	KETYA 25 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMEEYE GÖRE ÖDENMESİNE

67	TUTAST ARVOHALER18 MCG INHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG INHALASYON ICIN TOZ ((LAMA) (RAPOR BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN GERİYE DÖNÜK 3 AY SÜREYLE LABA+IKS KULLANIMI TESPİT EDİLEMEDİ.)	TUTAST ARVOHALER18 MCG INHALASYON TOZU; ÖDENMESİNE
68	CYPLOS ARVOHALER 50 MCG/500 MCG (60 INHALASYON DOZU) (CYPLOS SANOHALER 50/500 MCG INH (LABA+IKS) (RAPOR TARİHİNDEN GERİYE DÖNÜK YAPILAN İLAÇ KONTROLÜNDE EN AZ 3 AY SÜRE İEL LABA+IKS KULAANIMI TESPİT EDİLEMEMİŞTİR.)	CYPLOS ARVOHALER 50 MCG/500 MCG;;ÖDENMESİNE
69	TIOTEK DISCAIR 18 MCG INH ICIN TOZ 60 DOZ (LAMA)(HASTADA RAPOR AÇIKLAMASINDAKİ DURUMUN OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMİYOR.)	TIOTEK DISCAIR 18 MCG INH ICIN TOZ 60 DOZ ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
70	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (HASTANIN YAŞI UYMAMAKTADIR, RAPORDA KİLO BELİRTİLMEMİŞTİR.)	INFATRINI; HASTANIN GÜNCEL KİLOSU 9800 GR OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
71	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) (OSTEOPOROZDA İLAÇ TEDAVİSİ, DÜZENLENECEK RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE SON İKİ YIL İÇİNDE YAPILAN KEMİK MİNEAL YOĞUNLUK (KMY) ÖLÇÜMÜYLE PLANLANIR.5/2019 TARİHLİ KMY DEĞERİ İLE İLAÇ VERİLMİŞ)	OSTEOPOROZ MADDESİNİN 2. FIKRASINA GÖRE KMY ÖLÇÜMÜ 2 YILDA BİR YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN ANCAK ÖLÇÜM 2 YILI GEÇTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
72	PARICAVER 5 MCG/1 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP(DEVAM KRİTERLERİ İÇİN GEREKLİ SONUÇLAR BELİRTİLMEMİŞ.)	PARICAVER ; İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ PTH , CA VEYA P DEĞERLERİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
73	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR (GİRİLEN KULLANIM DOZUNA GÖRE HAFTADA 2*400=800 Ü 'DİR. HASTANIN SON HB DEĞERİ DE YOKTUR.)	EPORON- 217- UYARI KOUYLA İLGİLİ GÜNCEK HG, FERRİTİN VE TSAT DEĞERİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
74	<ul style="list-style-type: none"> SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (RAPORDA DETOKS TEDAVİSİ OLDUĞU BELİRTİLMİŞTİR.HER BİR DETOKSİFİKASYON TEDAVİSİNDE SADECE İLK REÇETEDe "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPIYAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİNE GEREK OLMAYACAKTIR.RAPOR ÇIKTIĞI TARİHTEN İTİBAREN HASTA SUBOXONE KULLANIMINA DEVAM ETMİŞTİR.HER İLAÇ ALIMINDA İDRARDA OPIOİT NEGATİF OLMASI GEREKTİĞİNDEN 418 KODU İLE VERİLEMEZ.) SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (HASTANIN HER İLAÇ ALIMINDA İDRARDA OPIOİT NEGATİF OLMASI GEREKTİĞİNDEN 418 KODU GİRİLEREK REÇETESİZ VERİLEMEZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> HER İKİ REÇETEYİLE İLGİLİ İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
75	<ul style="list-style-type: none"> SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPIAT NEGATİF ÇIKMASI DURUMUNDA İLAÇ VERİLEBİLİR 418 İLE ÇIKIŞ YAPILMI) SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPIAT 	<ul style="list-style-type: none"> İLGİLİ İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA

	NEGATİF ÇIKMASI DURUMUNDA VERİLEBİLİR 418 KODU İLE VERİLMİŞ)	EDİLMİŞTİR.
76	XARELTO 20 MG 28 FTB (HASTADA RİSK FAKTÖRÜ BULUNMAMAKTADIR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB;KESİNTİDEN SONRA EKLENEN HİPERTANSİYON TANISIYLA İLGİLİ GÖRÜŞ SORULMUŞTUR. GELEN GÖRÜŞE GÖRE KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
77	<ul style="list-style-type: none"> SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (418 KODUYLA ÖDENMİYOR) SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (418 KODUYLA ÖDENMİYOR) 	<ul style="list-style-type: none"> HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
78	OCTAGAM 10G/200 ML IV İNFUZYONLUK ÇÖZELTİ 193.(PROSPEKTÜS VE 06.05.2021 İTİBARIYLA SUT 4.2.12.B.1-F-1 GEREĞİ İDAME DOZUNA GÖRE 1 AYLIK DOZ ÖDENDİ)	OCTAGAM 10G/200 ML IV İNFUZYONLUK ÇÖZELTİ; KRONİK İNFLAMATUAR POLİNÖROPATİ TANISINDA İLACIN PROSPEKTÜS VE 06.05.2021 İTİBARIYLA SUT 4.2.12.B.1-F.1 GEREĞİ İDAME DOZUNA GÖRE 1 AYLIK DOZ ÖDENMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
79	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ İCİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) (OSTEOPOROZDA İLAÇ TEDAVİSİ, DÜZENLENECEK RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE SON İKİ YIL İÇİNDE YAPILAN KEMİK MİNERAL YOĞUNLUK (KMY) ÖLÇÜMÜYLE PLANLANIR.RAPORDAKI DEĞER 2 YILINI DOLDURMUŞ)	PROLIA; SUT UN 4.2.17.A – OSTEOPOROZ MADDESİNİN 2. FIKRASINA GÖRE KMY ÖLÇÜMÜ 2 YILDA BİR YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN ANCAK 2 YILI GEÇTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
80	MONOKET 20 MG.20 TB. (RAPOR DOZU 1*1)	MONOKET ; 24/08/2020 TARİHLİ REÇETEYLE İLİŞKİLİ GÜNCEL RAPORDA DOZ 1*1 OLDUĞUNDAN DOZ DÜZELTMESİ YAPILARAK KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
81	PROGRAF 1 MG 50 KAPSUL (KAYITLI DOZA UYGUN RAPOR SEÇİLDİĞİNDE OLUŞAN KESİNTİ.)	PROGRAF 1 MG- 31/10/2019 TARİHLİ İLİŞKİLİ OLAN GÜNCEL RAPORDAKİ DOZA (2*1 MG) GÖRE DOZ DÜZELTİLEREK KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
82	<ul style="list-style-type: none"> SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDAME TEDAVİSİNDE HER KIRMIZI REÇETEYE; REÇETEYİ YAZAN HEKİM TARAFINDAN "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPİAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİ YAZILACAKTIR.) SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDAME TEDAVİSİNDE HER KIRMIZI REÇETEYE; REÇETEYİ YAZAN HEKİM TARAFINDAN "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPİAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİ YAZILACAKTIR.) SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDAME TEDAVİSİNDE HER KIRMIZI REÇETEYE; REÇETEYİ YAZAN HEKİM TARAFINDAN "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİ YAZILACAKTIR.) SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDAME TEDAVİSİNDE HER KIRMIZI 	<ul style="list-style-type: none"> SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB; 4 REÇETEYLE İLGİLİ İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. NOXAFİL 100 MG 24 ENTERİK TABLET;HASTADA AML TANISI VE RAPORU BULUNMADIĞINDAN, ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ OLMADIĞINDAN VE ÖNCEKİ RAPORLARI GİBİ TEDAVİ AMAÇLI MUKORMİKOZ TANISINDA VERİLEMeyeceğİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.

	<p>REÇETEYE; REÇETEYİ YAZAN HEKİM TARAFINDAN "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİ YAZILACAKTIR.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDAME TEDAVİSİNDE HER KIRMIZI REÇETEYE; REÇETEYİ YAZAN HEKİM TARAFINDAN "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİ YAZILACAKTIR.) • NOXAFİL 100 MG 24 ENTERİK TABLET (RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.ENDİKASYON DIŞI BELGE YOK.) • ZIRABEV 400 MG / 16 ML INFUZYONLUK COZELTI (1 FLAKON) (DAHA ÖNCE ADJUVANT AMAÇLI KEMOTERAPİ ALMAMIŞ OLAN METASTATİK KOLON VEYA METASTATİK REKTUM KANSERLİ HASTALARDA, BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİ OLARAK OKZALİPLATİN İLE KAPESİTABİN VEYA 5-FLOROURASİL/FOLİNİK ASİT İLE KOMBİNE OLARAK KULLANILMASI HALİNDE BEDELİ KURUMCA KARŞILANIR.HASTA 1.BASAMAK TEDAVİ ALMIŞTIR.İRİNOTEKAN/5 FU/CA FOLİNAT.) • TYSABRI 300 MG I.V. INFUZYON ICIN KONSANTRE COZELTI ICEREN 1 FLAKON (RAPORDA BETA İNTERFERON TEDAVİSİNE YANIT VERMEYEN YÜKSEK HASTALIK AKTİVİTESİNE SAHİP OLAN HASTALARDA KULLANILIR, YAZIYOR. KULLANILDIĞI BELİRTİLMİYOR.İLAÇ GEÇMİŞİ YOK.RAPOR AÇIKLAMASI EKSİK.) 	<ul style="list-style-type: none"> • ZIRABEV 400 MG / 16 ML INFUZYONLUK COZELTI; "DAHA ÖNCEKİ BASAMAKLARDA BEVASİZUMABIN KULLANILMADIĞI METASTATİK KOLON VEYA METASTATİK REKTUM KANSERİNİN İKİNCİ VE SONRAKİ BASAMAK TEDAVİLERİNDE 5-FLOROURASİL/FOLİNİK ASİT LE BİRLİKTE KULLANILABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE. • TYSABRI 300 MG I.V. INFUZYON ICIN KONSANTRE COZELTI ICEREN 1 FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
83	<p>FESOR 250 MG DAĞILABİLİR TABLET (28 TABLET)(TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN <300MİKROMİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.418 İLE GİRİLMİŞ</p>	<p>FESOR 250 MG DAĞILABİLİR TABLET; İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ FERRİTİN TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. . OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</p>
84	<ul style="list-style-type: none"> • SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDRAR TAHLİL SONUCU OLMADAN ÖDENMEZ .418İLE GİRİLMİŞ.) • SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDRAR TAHLİL SONUCU OLMADAN ÖDENMEZ .418İLE GİRİLMİŞ.) • FINGYA 0,5 MG 28 KAP (RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. • FINGYA ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
85	<p>EXJADE 500 MG SUDA DAĞILABİLEN 28 (TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.418 TAHLİL SONUCU OLMADAN GİRİLMİŞ.)</p>	<p>İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ FERRİTİN TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</p>
86	<p>EPOBEL 5000 IU/0,5 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE (GUNCEL HG VE FERRITIN DEGERI BELGELENMEMIS.)</p>	<p>EPOBEL 5000 IU/0,5 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE;UYARI KODUYLA İLGİLİ GUNCEL HG VE FERRITIN DEGERI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA</p>

		EDİLMİŞTİR.
87	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (13 KUTUYU GEÇMİŞ)	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET; 02/06/2021 TARİHLİ REÇETEYLE 14. KUTU VERİLDİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
88	ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (GÜNCEL TAHLİL SONUÇLARI OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	ARANESP ; GÖNDERİLEN 13/02/2021 VE 28/06/2021 TARİHLİ SONUÇLAR REÇETE TARİHİYLE UYUMLU OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
89	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML. (RAPORDAKİ NOVOMIX DOZU 2*25 FAKAT REÇETEYE 2*40 GİRİLMİŞTİR. REÇETEDeki DOZ RAPORA UYGUN OLARAK 2*25 ŞEKLİNDE DÜZELTİLİNCE SİSTEM 5 KUTUDAN 2 KUTUYU KESMİŞTİR.)	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML; 21/10/2019 TARİHLİ İLİŞKİLİ VE GÜNCEL RAPOR DOZU 2*25 Ü OLDUĞUNDAN DOZ DÜZELTİLEREK KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
90	ARANESP 40 MCG- KULLANILACAK DOZ HASTANIN HBG DEĞERİNE GÖRE BELİRLENMEKTEDİR 418 KODU İLE VERİLMİŞ	ARANESP 40 MCG;217 UYRAI KODUYLA İLGİLİ UYGUN HG FERİTİN VEYA TSAT DEĞERİ OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. . OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.