

26.10.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(24 HAFTALIK TEDAVİ SÜRESİ DOLMUŞTUR. HER 6. DOZ SONRASI HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SONRASI NÜKS GELİŞMESİ HALİNDE TEDAVİYE DEVAM EDİLİR.)PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(HASTANIN MEDULA KAYDINDA BİFOSFANAT KULLANIMI MEVCUT DEĞİLDİR.)	<ul style="list-style-type: none">XOLAIR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.PROLIA-HASTANIN İLK OSTEOPOROZ RAPORUNDA AÇIKLAMALAR UYGUN OLMADIĞINDAN (BİFOSFONAT KULLANMADIĞINDAN) KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
2	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR FIBRE CİLEK AROMALI 190 ML(285 KCAL)(HASTA İDAME HASTASI VE YENİ RAPOR UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR FIBRE-HASTANIN İLK RAPORU GEÇERLİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">PIRFECT 600 MG 120 FILM KAPLI TABLET(ENDİKASYON DIŞI BELGESİYLE ÖDENMEZ)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">ZENALB %20 100 ML IV INF ICİN DUSUK TUZLU SOL ICEREN 1 FLK(ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİNE GÖRE 3 GÜNÜ GEÇEN ADET KESİLMİŞTİR)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEME MEDULA HASTANE UYGULAMASINDAN TEYİT EDİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">(T SKORUNUN HANGİ BÖLGEYE AİT OLDUĞU RAPORA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKSİKLİK GİDERİLMEMİŞTİR. AYRICA İADE REÇETE İÇİN İADE DÖKÜM NO OLUŞTURULUP İADE DÖKÜM SONLANDIRMA YAPILMADIĞINDAN REÇETENİN TAMAMI KESİLMİŞTİR.)	<ul style="list-style-type: none">KMY ÖLÇÜMÜ 2 YILDA BİR YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN VE İADE SONRASI 26/01/2022 TARİHLİ İLGİLİ RAPORA EKLEME YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

6	<ul style="list-style-type: none">FUARTE NEO 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR. 09/2022 TARİHİNDEKİ FERRİTİN DEĞERİ İLE İLAÇ VERİLMEYE DEVAM EDİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET(PERİFERİK DİYABETİK NÖROPATİK AĞRI AÇIKLAMASI YER ALAN HASTALARDA ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">GLINIUM 50 MCG İNHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA)(HASTA KOMBİNASYON TEDAVİ ALIYOR VE RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">HYQVIA 10 G / 100 ML SC KULLANIM İCİN İNFUZYONLUK COZELTİ İCEREN 2 FLAKON(RAPOR İCD-10 KODU D80.9 OLMALI GEREKÇESİYLE 02.10.2023' TE İADE YAPILMIŞ, ECZANE 10.10.2023' TE CEVABI MESAJINDA MEDULADA KAYITLI İCD NİN MEVCUT OLDUĞUNU BELİRTEREK İADENİN TEKRAR DEĞERLENDİRİLMESİNİ İSTEMİŞ. ANCAK SUBKÜTAN YOLLA KULLANILAN İMMÜNGLOBULİNLER ANTİKOR ÜRETİM BOZUKLUĞUNUN GÖRÜLDÜĞÜ PRİMER İMMÜN YETMEZLİKTE ÖDENECEĞİ VE BU KOD İCD LİSTESİNDE MEVCUT OLDUĞUNDAN İADE SONRASI DÜZELTME YAPILMADIĞINDAN KESİLMİŞTİR)	<ul style="list-style-type: none">RAPORUN AÇIKLAMA KISMINDA ANTİKOR ÜRETİMİNİN BOZUKLUĞUNA BAĞLI PRİMER İMMÜN YETMEZLİK BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTANIN MENOPOZ DURUMU BİLİNMEDİĞİNDEN ENDİKASYON UYUMU TESPİT EDİLEMEDİ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

11	<ul style="list-style-type: none">• MYFORTIC 180 MG.120 TABLET(RAPORDA 2*360MG YAZILI HEM 360MGLIK (2*1) HEM DE 180 MGLIK (1*1) FORM VERILMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">• VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTANIN BİYOPSİ KONTENDİKASYONU İÇİN PSİKİYATRİ UZ HEKİMİNİN DURUMUNU İZAH ETTİĞİ BİR RAPOR SİSTEMDE GÖRÜLEMEDİ.BİYOPSİ KONTENDİKASYONUNU KARŞILAMADIĞINDAN BEDELİ ÖDENMEDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• VOXUS; SUT UN 4.2.13.1.4 -2. MADDESİNE GÖRE ; CİDDİ YETİ YİTİMİNE NEDEN OLAN PSİKOTİK BOZUKLUĞU VE ZEKA GERİLİĞİ İLE İLGİLİ PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENECEK SAĞLIK KURULU RAPORU BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
13	<ul style="list-style-type: none">• ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(BESLENME SOLUSYONLARININ ADI RAPORDA YOK GERKÇESİ İLE 25.09.2023 DE İADE EDİLDİ.10 İŞ GÜNÜ İÇİNDE TAMAMLATILMADI)• NUTRIVIGOR CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(BESLENME SOLUSYONLARININ ADI RAPORDA YOK GERKÇESİ İLE 25.09.2023 DE İADE EDİLDİ.10 İŞ GÜNÜ İÇİNDE TAMAMLATILMADI)	<ul style="list-style-type: none">• İADE SONRASI RAPORA MAMA ADI EKLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">• REXAPIN 5 MG.28 FILM TABLET(G44.2 ICD-10 KODU İLE ODENMEZ.)	<ul style="list-style-type: none">• REXAPIN -S.B. EK ONAY ALINMAYACAK NÖROLOJİ HASTALIKLARI LİSTESİNE GÖRE NÖRODEJENERATİF HASTALIKLARDA HALÜSİNASYON TANISINDA VERİLEBİLECEĞİNDEN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">• EPIXX 100 MG/ML ORAL SOLUSYON 300 M(RAPOR DOZUNA GÖRE İŞLEM YAPILDI.	<ul style="list-style-type: none">• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
16	<ul style="list-style-type: none">• MANTAZOL %1+%0.1 KREM (15 G)(E-REÇETEDe TEDAVİ SÜRESİ 5 GÜN DİYE BELİRTİLDİĞİNDEN 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)	<ul style="list-style-type: none">• MANTAZOL -E-REÇETEDe TEDAVİ SÜRESİ 5 GÜN DİYE BELİRTİLDİĞİNDEN 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE

17	<ul style="list-style-type: none">• GAVISCON 200 ML LIQUID(REÇETE TARİHİYLE UYUMLU İLAÇ GÜVENLİK İZLEM FORMU BİLGİLERİ E-REÇETEYE 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.EKSİKLİK GİDERİLMEMİŞTİR.AYRICA İADE REÇETE İLE İLGİLİ İADE DÖKÜM NO OLUŞTURULUP SONLANDIRMA YAPILMADIĞINDAN REÇETENİN TAMAMI KESİLMİŞTİR.• CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(REÇETE TARİHİYLE UYUMLU İLAÇ GÜVENLİK İZLEM FORMU BİLGİLERİ E-REÇETEYE 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.EKSİKLİK GİDERİLMEMİŞTİR.AYRICA İADE REÇETE İLE İLGİLİ İADE DÖKÜM NO OLUŞTURULUP SONLANDIRMA YAPILMADIĞINDAN REÇETENİN TAMAMI KESİLMİŞTİR.)	<ul style="list-style-type: none">• SUT UN 4.1.5-7. MADDESİNE GÖRE İSTENMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">• HUMALOG KWIKPEN 100IU/ML SC KULLANIMA HAZIR COZELTI ICEREN ENJEKSİYON KALEMI (RAPORDAKI DOZ 3*15IU ANCAK 3*25 IU OLARAK REÇETELENMİŞ RAPORDAKI DOZA GÖRE SİSTEM 1 KUTU BEDELİ ÖDEMIŞTİR)• TREVICTA 525 MG I.M. ENJEKSİYON İCİN UZUN SALIMLI SUSPANSİYON İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(RAPORDA ARALIKSIZ EN AZ 4 AY SÜRE İLE PALİPERİDON AYLIK DEPO TEDAVİ UYGULAMASI SONRASI DEPO PALİPERİDON FORMU BAŞLANDIĞI BELİRTİLMİŞ ANCAK HASTAYA 2018 YILINDA VE 22/03/2023 TARİHİNDE İKİ AYLIK PALİPERİDİN AYLIK FORMU UYGULANMIŞ OLDUĞU SİSTEMDE GÖRÜLDÜĞÜ İCİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	<ul style="list-style-type: none">• HUMALOG-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• TREVICTA ; 2017, 2018 VE 2019 YILLARINDA 1 YILDAN FAZLA 1 AYLIK DEPO FORMU ALINDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE JUNIOR FİBRE CİKOLATA AROMALI 190 ML(285 KCAL)(MALNÜTRASYON TANIMI SUT A UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE JUNIOR FİBRE - RAPORDA VKİ -2SD ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

20	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ENERGY CILEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none">RYTMONORM 150 MG 30 FILM TB.(RAPORDAKI DOZ 1*1 ANCAK 2*1 OLARAK REÇETELenMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none">APIDRA SOLOSTAR 100 IU/ML 3ML 5 ENJ(REÇETEYE ESAS RAPORDA DOZ 3X25 ÜNİTEDİR. DOZ DÜZELTİLDİ, KESİNTİ OLUŞTU. (REÇETEDe DOZ 3X40Ü))	<ul style="list-style-type: none">RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">FINGYA 0,5 MG 28 KAP (YÜKSEK HASTALIK AKTİVİTESİ ÖZELLİKLERİ BELİRTİLİRKEN DETAY KRİTERLERİ BELİRTİLMEMİŞ. EDSS 6,5 ÜZERİNDE İSE TEDAVİ SONLANDIRILIR. RAPORLARDA TÜM EDSS LER 1,5 OLARAK BELİRTİLMİŞ.GÜNCEL SONUÇ MU ANLAŞILAMADI.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">HIZENTRA 1 G/5 ML S.C. UYGULAMA İCİN ENJEKSİYONLUK COZELTI (1 FLAKON)(HASTA KAYDINDA 4 HFTADA 1*4 DOZUNDA CUVİTRU 1G/5ML SC MEVCUT. AYNI RAPOR İLE İŞLEM YAPILMIŞ. RAPOR DOZU AŞILAMAZ.)	<ul style="list-style-type: none">HIZENTRA- 04/09/2023, 25/09/2023 VE 05/10/2023 TARİHLERİNDE BİRER AYLIK DOZ VERİLMİŞTİR. 25/09/2023 TARİHLİ REÇETENİN ÖDENMESİNE, ANCAK 05/10/2023 TARİHLİ REÇETENİN KESİLMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET(KMY UYGUN DEĞİL, EŞLİK EDEN HASTALIK İLE İLGİLİ RAPOR , REÇETE MEDULA SİSTEMİNDE MEVCUT DEĞİLDİR.)	<ul style="list-style-type: none">BONVIVA; RAPORDA ROMATÖİD ARTRİT TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none">AZITRO 500 MG.3 FILM TB.(TÜM DİĞER ENDİKASYONLAR İCİN, TOPLAM DOZ, 3 GÜN SÜREYLE GÜNDE 500 MG OLARAK VERİLEN 1500 MG'DIR.HASTAYA SUREKLI 4 KUTU OLARAK BIR AY 10 KUTU OLARAK REÇETELenMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">AZITRO; SUT UN EK-4/D LİSTESİNDE D80.8 TANISINDA ANTİBİYOTİKLER ENDİKASYON UYUMU ARANMADAN VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.

27	<ul style="list-style-type: none">• LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTA UZUN SÜRE TAMOKSİFEN TEDAVİSİ GÖRMÜŞ TAMOKSİFEN TEDAVİSİNDEN SONRA RELAPS YA DA PROGRESYON GÖSTEREN MEME KANSERİ BULUNAN POSTMENOPOZAL DURUMDAKİ KADINLARIN TEDAVİSİNDE DE ENDİKEDİR)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	<ul style="list-style-type: none">• FORTINI MULTI FİBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)(İDAME TEDAVİ.RAPORU İLGİLİ UZMAN DOKTOR ÇIKARMAMIS.)	<ul style="list-style-type: none">• DAHA ÖNCE MAMA KULLANIMI OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİDE RAPORU İLGİLİ UZMAN HEKİMLER DÜZENLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
29	<ul style="list-style-type: none">• NUTRISON ADVANCED CUBİSON 500 ML(500 KCAL)(MALNÜTRASYON TANIMI VE BESLENME EKSİKLİĞİ İLE İLGİLİ AÇIKLAMA SUT A UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
30	<ul style="list-style-type: none">• CRESTOR 10 MG.28 TABLET(HASTA SON 6 AYDA İLAÇ ALIMI OLMAMIŞTIR, İDAME TEDAVİSİNE UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• CRESTOR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	<ul style="list-style-type: none">• TARDEN 20 MG.30 FILM TB.(İDAME TEDAVİ DEĞİL.LDL DEĞERİ VE ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• TARDEN - RAPORA EKLENEN LDL TARİHİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

32	<ul style="list-style-type: none">• ROMPAG 50 MG FILM KAPLI TABLET (14 TABLET)(ROMPAG İÇİN SİSTEME GİRİLEN RAPOR BAŞLANGIÇ RAPORUDUR VE BAŞLANGIÇ İÇİN PLT DEĞERİNİN 30000'İN AİTİNDA OLMASI GEREKMEKTEDİR FAKAT RAPORDAN ÖNCEKİ SON PLT DEĞERİ 82000 OLDUĞU İÇİN ÖDENMEZ.)	<ul style="list-style-type: none">• ROMPAG-EKLENEN TROMBOSİT DEĞERİ VE İLACA BAŞLAMA TARİHİ İLE İLGİLİ BELGE VE FATURA EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
33	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML(200 KCAL)(HASTA DIYABET HASTASI DEĞİL ANCAK RESOURCE DIABET SOL VERİLMİŞ AYRICA RAPOR SURESİ 28/08/2023 DOLUYOR ANCAK 30/08/2023 TARİHİNE KADAR BESLENME SOL VERİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE DIABET; SİNDİRİM, ABSORBSİYON, MALNÜTRİSYON PROBLEMİ VE GLUKOZ METABOLİZMASI BOZUKLUĞUNDA KULLANILABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
34	<ul style="list-style-type: none">• PEDIASURE PLUS FIBER ÇİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
35	<ul style="list-style-type: none">• HEPATECT CP 10 ML. FLAKON (HBIG İDAME TEDAVİLERİ İÇİN DÜZENLENEN HER REÇETEDE HBSAG VEYA HBV DNA SONUÇLARI YER ALMALIDIR. BU DEĞERLER YOKTUR. AYRICA GEÇMİŞ RAPOR LİSTESİ VE HASTANE KAYITLARINDA HEPATOSELLÜLER KANSERİ TESPİT EDİLMEMİŞTİR.	<ul style="list-style-type: none">• HEPATECT; 2023-20. KALAN; GELEN GÖRÜŞE VE RAPORDAKİ BİLGİLERE GÖRE ÖDENMESİNE.
36	<ul style="list-style-type: none">• FORTIMEL ENERGY ÇİLEK AROMALI 200 ML(300 KCAL) RAPORDAKİ İLAÇ DOZU 3*1 REÇETE DOZU DÜZELTİLDİ.	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

37	<ul style="list-style-type: none">• IG-VENA N IV 50 MG/ML 100 ML 1FLK. SİSTEMDE 6 AY SÜRELİ STEROİD KULLANIMI YOKTUR. STEROİD TEDAVİSİNDE KANITLANMIŞ KOMPLİKASYON VE /VEYA KONTRENDİKASYON DURUMU VARSA RAPORDA BELİRTİLMELİDİR. HASTANIN SİSTEMDE KAYITLI DM RAPORU VE İLACI YOKTUR.• IG-VENA N IV 50 MG/ML 200 ML 1FLK. SİSTEMDE 6 AY SÜRELİ STEROİD KULLANIMI YOKTUR. STEROİD TEDAVİSİNDE KANITLANMIŞ KOMPLİKASYON VE /VEYA KONTRENDİKASYON DURUMU VARSA RAPORDA BELİRTİLMELİDİR. HASTANIN SİSTEMDE KAYITLI DM RAPORU VE İLACI YOKTUR.	<ul style="list-style-type: none">• GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNDEN GÖRÜŞ SORULMUŞTUR. GELEN YAZIYA GÖRE STEROİD TEDAVİSİ SIRASINDA İNSÜLİN YAZILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜ BELİRTİLMİŞTİR. STEROİDLERİN KÜBÜNDE “ METABOLİZMA VE BESLENME BOZUKLUKLARI” KISMINA DİYABETE YATKINLIK BELİRTİLDİĞİNDEN VE RAPORDA BUNUNLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLDUĞUNDAN STEROİDE KOMPLİKASYON DURUMU EDİLMİŞTİR. ÖDENMESİNE.
38	<ul style="list-style-type: none">• IG-VENA N IV 50 MG/ML 100 ML 1FLK. (SİSTEMDE 6 AY SÜRELİ STEROİD KULLANIMI YOKTUR. STEROİD TEDAVİSİNDE KANITLANMIŞ KOMPLİKASYON VE /VEYA KONTRENDİKASYON DURUMU VARSA RAPORDA BELİRTİLMELİDİR. AYRICA HASTANIN DAHA ÖNCE TEDAVİ BAŞLANGICI OLDUĞUNDAN “BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT “ ALINIP ALINMADIĞI RAPORDA BELİRTİLMELİDİR. GEREKÇESİYLE İADE EDİLMİŞTİR. HASTANIN SİSTEMDE KAYITLI DM RAPORU VE İLACI YOKTUR.)• IG-VENA N IV 50 MG/ML 200 ML 1FLK. (SİSTEMDE 6 AY SÜRELİ STEROİD KULLANIMI YOKTUR. STEROİD TEDAVİSİNDE KANITLANMIŞ KOMPLİKASYON VE /VEYA KONTRENDİKASYON DURUMU VARSA RAPORDA BELİRTİLMELİDİR. AYRICA HASTANIN DAHA ÖNCE TEDAVİ BAŞLANGICI OLDUĞUNDAN “BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT “ ALINIP ALINMADIĞI RAPORDA BELİRTİLMELİDİR. GEREKÇESİYLE İADE EDİLMİŞTİR. HASTANIN	<ul style="list-style-type: none">• GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNDEN GÖRÜŞ SORULMUŞTUR. GELEN YAZIYA GÖRE STEROİD TEDAVİSİ SIRASINDA İNSÜLİN YAZILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜ BELİRTİLMİŞTİR. STEROİDLERİN KÜBÜNDE “ METABOLİZMA VE BESLENME BOZUKLUKLARI” KISMINA DİYABETE YATKINLIK BELİRTİLDİĞİNDEN VE RAPORDA BUNUNLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLDUĞUNDAN STEROİDE KOMPLİKASYON DURUMU EDİLMİŞTİR. ÖDENMESİNE.

	SİSTEMDE KAYITLI DM RAPORU VE İLACI YOKTUR.)	
39	<ul style="list-style-type: none">• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0.4 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR (GEBELERDE İSE KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMAN HEKİMİNCE DÜZENLENEN 9 AY SÜRELİ UZMAN HEKİM RAPORUNA İSTİNADEN TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.)• OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0.6 ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR (UZMAN HEKİMLERCE VEYA UZMAN HEKİM TARAFINDAN DÜZENLENEN EN FAZLA 3 AY SÜRELİ KULLANILACAK İLACIN DOZUNU GÖSTEREN UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TEDAVİYE BAŞLANIR VE BU RAPORA İSTİNADEN DİĞER HEKİMLER TARAFINDAN REÇETE EDİLEBİLİR.	<ul style="list-style-type: none">• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0.4 ML GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.• OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0.6 ML SUT'UN 4.2.7 MADDESİNE GÖRE , UZMAN HEKİMLERCE VEYA UZMAN HEKİM TARAFINDAN DÜZENLENEN EN FAZLA 3 AY SÜRELİ KULLANILACAK İLACIN DOZUNU GÖSTEREN UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.