

27.01.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	DEFRONI 500 MG SUDA DAGILABİLEN 30 TABLET (TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN MİKROGRAM/L DEĞERLERİ BİLİNMEDEN DOZ AYARLAMASI YAPILAMAZ.FERRİTİN 800 İLE 2019'DAN BERİ FATURA EDİLMİŞ)	DEFRONI 500 MG SUDA DAGILABİLEN 30 TABLET; GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELE KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	HEPATECT CP 10 ML. FLAKON (TAHLİL TARİHİ REÇETE TARİHİYLE UYUMLU OLMALIDIR GEREKÇESİYLE YAPILAN İADEYE İSTİNADEN GÖNDERİLEN BELGEDE HBSAG VEYA HBV DNA SONUCU YOKTUR)	HEPATECT CP 10 ML. FLAKON; İADE SONRASI GÜNCEL HBS AG DEĞERİ EKLENMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELE KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
3	THINCAL 120 MG 84 KAP (HASTANIN HER İLAÇ ALIMINDA HASTANIN BİR ÖNCEKİ REÇETEYE GÖRE KAYBETTİĞİ KİLO, DİYET VE EGZERSİZE UYDUĞU, BMI DEĞERİ HEKİM TARAFINDAN TAKİP EDİLİP REÇETEDEN BELİRTİLMESİ GEREKLİDİR)	THINCAL 120 MG 84 KAP; BİR ÖNCEKİ REÇETEYE GÖRE KAYBEDİLEN KİLO, BMI DEĞERİ, DİYET VE EGZERSİZE UYDUĞU BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELE KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
4	<ul style="list-style-type: none">GLIVEC 400 MG.30 FILM TABLET (ERİŞKİN HASTALARDA REZEKE EDİLEMİYEN VE/VEYA METASTATİK MALİGN C-KIT RESEPTÖRÜ TAŞIYAN GASTROİNTESTİNAL STROMAL TÜMÖR (GIST) HASTALARINDA, BEDELI ÖDENİR)EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL (OKT' DE MERKEZİ FOVEA KALINLIĞININ 250 MİKRON VE ÜZERİNDE OLMASI DURUMUNDA TEDAVİYİ YÜRÜTEN HEKİM TARAFINDAN "HASTANIN TEDAVİYE YANIT VERDİĞİNİN" RAPORDA BELİRTİLMESİ KAYDIYLA MEVCUT ANTI-VEGF İLAÇ İLE TEDAVİYE DEVAM EDİLMESİ MÜMKÜNDÜR)POMALEM 4 MG SERT KAPSUL (21 SERT KAPSUL) (OTOLOG KÖK HÜCRE NAKLİNE UYGUN OLMAYAN, BORTEZOMİB VE İMMÜNOMODÜLATÖR İLAÇ İÇEREN EN AZ ÜÇ SERİ TEDAVİYİ UYGUN DOZDA VE YETERLİ SÜREDE KULLANMIŞ OLMASINA RAĞMEN YANIT ALINAMAYAN VEYA NÜKS GELİŞEN MULTİBLR MYELOM HASTALARINDA BEDELI ÖDENİR BU HASTA BİR SERİ TEDAVİ GÖRMÜŞ VE OTOLOG KÖK HÜCRE NAKLİ YAPILDIĞI 05/09/2019NOLU RAPORDA BELİRTİLMİŞ BELİRTİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">GLIVEC; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.EYLEA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.POMALEM; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">REXAPIN EASYTAB 5 MG 28 AGIZDA DAGILAN TB (DEMANS'TA "G30 VE ALT KODLARINDA" ENDİKASYON UYUMU ARANACAKTIR.)SYMBICORT FORTE T. HALER 320 9 MCG. (LABA+İKS) (RAPORDA 2*1, REÇETEDEN 2*2)	<ul style="list-style-type: none">REXAPIN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.SYMBICORT-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

6	BARACLUDE 1 MG 30 FILM TABLET (IADE DUZELTILMEDİ) (BASLAMA KRİTERLERİ RAPORDA BELGELENECEK.)	BARACLUDE 1 MG 30 FILM TABLET; TEDAVİYE 2008 YILINDA BAŞLADIĞI VE ARA VERMEDEN KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
7	ATARAX 25 MG.30 FILM TB. (E-REÇETEDİ TEDAVİ SÜRESİ 60 GÜN DİYE BELİRTİLDİĞİNDEN 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)	ATARAX 25 MG.30 FILM TB; E-REÇETEDİ SONRADAN YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE 90 GÜNLÜK 3 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none"> ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (RAPORDA ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.) 2IKPCQT- VIVACHEK ECO KAN SEKERİ TEST CUBUKLARI (RAPORDA 1*1 VE HASTA İLACI ERKEN ALMIŞ.) 2IXYM58- WILLCARE İNSULİN KALEM İGNEİ 32GX6MM(HASTA GÜNDE BİR KERE İNSULİN KULLANIYOR) 2IYKNW5-ALVASTİN 20 MG.30 FILM TABLET (RAPORDAKİ LDL VE TG ÖLÇÜM TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE OLM)2IYKNW5-LIPANTHYL 267 M KP. (RAPORDAKİ LDL VE TG ÖLÇÜM TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE OLMALI) 	<ul style="list-style-type: none"> ELIQUIS-RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDENMESİNE. VIVACHEK-RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDENMESİNE. WILLCARE- BİR ÇEŞİT İNSULİNİ GÜNDE BİR KEZ KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE. LIPANTHYL; ETKEN MADDELER 17/08/2020 DE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
9	PLETAL 100 MG 60 TABLET (İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTİPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) BU İLAÇLARDAN 3 Ü BİR ARADA KULLANILMIŞ ANCAK KONTRENDİKEDİR.)	PLETAL; ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL KOMBİNASYONUİLE KULLANIMI KONTRENDİKE OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	FORTİNİ 1,0 MULTİ FİBRE 200 ML ÇİKOLATA AROMALI (200 KCAL) (RAPORDA MAMA ADI YOK.)	FORTİNİ 1,0 MULTİ FİBRE 200 ML ÇİKOLATA AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	XARELTO 20 MG 28 FTB (XARELTO İÇİN PROSPEKTÜSÜNDE BELİRTİLEN RİSK FAKTÖRLERİNDEN HERHANGİ BİRİSİ HASTADA MEVCUT OLMADIĞI İÇİN ÖDENMEZ.)	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	LİORESAL 10 MG 50 TB. (RAPOR DOZU 2*1)	LİORESAL 10 MG 50 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDENMESİNE.
13	İBANOS 150 MG 3 FTB (PATOLOJİK KIRIĞI OLMAYAN 65 YAŞ ALTI HASTALARDA; LOMBER BÖLGEDEN POSTEROANTERİOR YAPILAN KEMİK MİNERAL YOĞUNLUK (KMY) ÖLÇÜMÜNDE LOMBER TOTAL (L1-4 VEYA L2-4) VEYA FEMUR TOTAL VEYA FEMUR BOYNU KMY ÖLÇÜMÜNDE “ T” DEĞERLERİNDEN HERHANGİ BİRİNİN -3 VEYA DAHA DÜŞÜK OLMASI DURUMUNDA,)	İBANOS 150 MG 3 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEME UYGUN OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE
14	LEVOTİRON 100 MCG 50 TABLET (HASRA ELİNDE İLAÇ MEVCUT)	LEVOTİRON 100 MCG 50 TABLET; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> TOPAMAX 100 MG.60 FILM TB. (DİĞER PROFİLAKTİK MİGREN İLAÇLARININ 6 AY SÜREYLE KULLANILIP ETKİSİZ KALDIĞI DURUMLARDA RAPORDA BU HUSUS BELİRTİLİREK YAZILIR.) SYNAGİS 50 MG/0,5 ML İM ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN 1 FLAKON (RAPORDA KULLANIM İÇİN UYGUN DURUM AÇIKLANMAMIŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> TOPAMAX- RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDENMESİNE. SYNAGİS-RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDENMESİNE.

16	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK. (ANTI TNF) (RAPOR AÇIKLAMASI ÜLSERATİF KOLİT HASTALIĞINA AİT DEĞİL.)	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK.; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	XARELTO 20 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	RESOURCE JUNIOR VANILYA AROMALI 200 ML (300 KCAL) (İLGİLİ RAPOR SEÇİLDİ 8690632990682 BARKODLU İLACIN AYAKTAN RAPORLU ÖDENMESİ İÇİN GEREKLİ ŞARTLAR SAĞLANAMIYOR. SEBEP (LER)İ; * REÇETE UYARI KODLARI UYUMSUZ) ((337902)	RESOURCE; SEREBRAL PALSİ RAPORU VE UYARI KODU SEÇİLEREK ÖDENMESİNE
19	<ul style="list-style-type: none"> XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL) (HORMONAL TEDAVİYE VE SONRASINDA DOSETAKSEL TEMELLİ KEMOTERAPİYE DİRENÇLİ, ECOG PERFORMANS SKORU 0-1 OLAN, PROGRESYONUN PSA VE GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİYLE GÖSTERİLDİĞİ METASTATİK PROSTAT KANSERLİ HASTALARDA KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR) ZOLADEX LA 10.8 MG DEPOT (HORMONAL MÜDEHALEYE UYGUN PROSTAT KANSERİNDE PROSPEKTÜSTE BELİRTİLEN DURUMLARDA ENDİKEDİR) 	<ul style="list-style-type: none"> XTAND-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. ZOLADEX -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB. (HASTANIN İLK RAPORDUR.LDL ÖLÇÜM TARİHİ SON 6 AYA AİT OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF) (AYDA 400 MG YANİ 1 KUTU CIMZIA KULLANMASI GEREKİR. VE 2 KUTU 2 AYLIK TEDAVİYE DENK GELİYOR. 1 KUTUSU TARAFIMCA KESİLDİ. ÇÜNKÜ HASTAYA 06-02-2022 DE GÜNÜ DOLMADAN YERNİDEN İLAÇ VERİLMİŞ.)	CIMZIA; 17/08/2021 DE BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNDE 3 KUTUSU 2 AYDA, 16/09/2021 TARİHİNDE İDAME TEDAVİDE 3 KUTU 3 AYDA 15/01/2022 DE BİTECEĞİNDEN, 15/01/2022 DEN SONRA RAPOR BİTİŞ TARİHİNE KADAR 1 KUTU BEDELİ ALABİLECEĞİNDEN 1 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİ VE 2 KUTU BEDELİNİN KESİLMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO- ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDAÖDENİR XARELTO- ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR. LIPITOR- SONUCU RAPORDAN EN AZ 6 AY İÇİNDE OLMALI. TARİHİ YOK. LIXIANA- ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR. LAMICTAL- DİRENÇLİ UNİPOLAR REKÜRREN DEPRESYONDA EK ENDİKASYONU VAR. ELIQUIS- ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR. ELIQUIS ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI 	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. XARELTO; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. LIPITOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE LIXIANA; TAMAMI NCELENSİN ÖNCESİ KESİNTİDEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR. LAMICTAL; RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. ELIQUIS; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE ELIQUIS; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE INSPRA; RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. XARELTO; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE LEVOTIRON; FARKLI FORMLARDA VERİLEREK DOZ AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

	<p>OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.</p> <ul style="list-style-type: none"> • INSPRA- KRONİK KALP YETMEZLİĞİ (NYHA SINIF II) VE SOL VENTRİKÜL SİSTOLİK DİSFONKSİYONU (LVEF \leq %30) OLAN YETİŞKİN HASTALARIN TEDAVİSİNDE KULLANILIR. • XARELTO-ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR. • XARELTO- ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR. • LEVOTIRON -RAPORDAKİ DOZA GÖRE ÖDENDİ. • FORSTEO -ENDİKASYON DIŞI BELGESİNDEKİ İFADEYE GÖRE RAPORU İMCELENEN HASTANIN RAPORUNDAKİ DEĞER UYGUN OLMADIĞINDAN ÖDENMEDİ., • UROCIT-K- N20.0 VE N20.1 ICD 10 KODUNDA EN AZ BİR KEZ GİRİŞİMSEL (ESWL VEYA CERRAHİ) TEDAVİ UYGULANMIŞ REKÜRREN BÖBREK TAŞI OLAN VE İDRAR PH DEĞERİ 6,5'İN ALTINDAKİ HASTALARDA ÖDENİR. • XARELTO- ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR. • JUDEXA- BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG'LERDE LEZYON YÜKÜNDE (YENİ T2 LEZYON, AKTİF LEZYON VEYA MEVCUT LEZYONDA BÜYÜME)ARTIŞ. OLAN HASTALARDA ÖDENİR. 	<ul style="list-style-type: none"> • FORSTEO; SUTUN 4.1.4-4-D MADDESİNE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE. • UROCIT; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE • XARELTO; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE • JUDEXA; RAPOR UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
23	XARELTO 15 MG 28 FTB (RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSIK.)	XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
24	MIKOSTATIN ORAL SUSP.48 ML. (RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)	MIKOSTATIN ORAL SUSP.48 ML; TANI KISMINDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	CLONEX 100 MG 50 TABLET (GÜNCEL GRANÜLOSİT İZLEM FORMU BULUNMAMAKTADIR.	CLONEX 100 MG 50 TABLET; ÖDENMESİNE.
26	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (15.02.2021 TARİHİNDE ACİL SERVİSE MÜRACAAT ETMİŞTİR.UYGUN DEĞİL)	BRILINTA; 15.06.2021 TARİHİNDE ACİL SERVİSE MÜRACAAT İLE İLGİLİ DÜZELTME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE
27	CLOGAN 75 MG 28 FTB (RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.)	CLOGAN 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
28	FRESUBIN YOCREME KAYISI-SEFTALI AROMALI (4X125 G) (750 KCAL) (I67.8 ICD10 KODUNDA KATILIM PAYLI ÖDENİR.) 2JGWXFL- FRESUBIN YOCREME KAYISI-SEFTALI AROMALI (4X125 G) (750 KCAL) (I67.8 ICD10 KODUNDA KATILIM PAYLI ÖDENİR.)	FRESUBIN YOCREME KAYISI-SEFTALI AROMALI; HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
29	ARANESP 20 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (HEDEF HEMOGLOBİN DEĞERİ 12 GR/DL'DİR. HB SEVİYESİ 12 GR/DL'Yİ AŞINCA TEDAVİ KESİLMESİ GEREKMEKTEDİR.418 KODU GİRİLEREK İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.İLACIN VERİLDİĞİ TARİHTEKİ HEMOGLOBİN DEĞERİNE BAKILMASI GEREKLİDİR.)	ARANESP 20 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA; GÜNCEL HG DEĞERİ BELGELENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

30	REVLİMİD 15 MG 21 SERT KAP (RAPORDA EN AZ 2 KÜR STANDART MULTİPLE MYELOM TEDAVİSİ (VAD, MP VEYA DİĞER STANDART ANTİMİYELOM REJİMLER) KULLANIM SONRASI PROGRESYON GELİŞTİĞİ BELİRTİLMEMİŞ.)	REVLİMİD; RAPOR SUT UN 4.2.14/C-3-N VE YY MADDELERİNE UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
31	PİNGEL 75 MG FİLM TB. (PLETAL İLE PLAVİX AYNI REÇETEDEN BİRLİKTE KULLANIMI KONRAENDİKEDİR)	PİNGEL; PLETAL İLE BİRLİKTE İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTİAGREGAN KULLANIMI OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
32	NORDİTROPİN NORDİFLEX 5 MG/1.5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR KALEM (STANİN BAŞLANGIÇ RAPORUNDA SUT A UYGUN DEĞİL.)	NORDİTROPİN; BAŞLANGIÇ RAPORUNDA YAŞINA GÖRE YILLIK BÜYÜME HIZI VE ÖTROİD HALDE YAPILAN İKİ TESTTE BÜYÜME HORMONU EKSİKLİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN VE İDAME KRİTERLERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
33	EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28(RAPORDA GÜNCEL TARİHLİ KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU VEYA SERUM FERRİTİN DEĞERİ YOK)	EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
34	ARANESP 40 MCG.4 KULL.HAZİR SİRİNGA (HASTANIN FERRİTİN VE HG DEĞERİNE BAKILARAK DOZLAMA YAPILIP REÇETE YAZILIR 418 İLE VERİLMEYE UYGUN DEĞİL)	ARANESP; GÜNCEL HG VE FERRİTİN DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
35	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZİR 6 ENJEKTOR (REÇETE TARİHİYLE UYUMLU HEMOGLOBİN VE FERRİTİN DEĞERLERİ VE HASTANIN KURU AĞIRLIĞI YOKTUR.)	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZİR 6 ENJEKTOR; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
36	XARELTO 20 MG 28 FTB (HASTA PLETAL KULLANMAKTA OLUP PLETAL'İN PROSPEKTÜSÜNE GÖRE; İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTİPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN(XARELTO) VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR)	XARELTO 20 MG 28 FTB;13/12/2021 TARİHİNDE SADECE XARELTO VE CORASPIN OLDUĞUNDAN, PLETAL VERİLMEYİNDEN VE SONRAKİ REÇETİYİ BAŞKA ECZANE GİRDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
37	NOVİLS 250 MG SERT KAPSUL (RAPORDAKİ AÇIKLAMA SUTA GÖRE EKSİK.)	NOVİLS 250 MG SERT KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
38	LUCRİN DEPOT 3.75 MG İM SC 1 AYLIK (SEKONDER CİNSEL ÖZELLİKLERİN KIZLARDA SEKİZ YAŞINDAN ÖNCE VE ERKEKLERDE DOKUZ YAŞINDAN ÖNCE BAŞLAMASIYLA KARAKTERİZE OLAN KLİNİK CPP TANISINDA BEDELİ ÖDENİR HASTA 27/05/2013 DOĞUMLU RAPOR 02/09/2021 TARİHİNDE ÇIKARILDIĞINDA ÇOCUK 8 YAŞINDAN BÜYÜK)	LUCRİN DEPOT 3.75 MG İM SC 1 AYLIK; MEDULADA KADINLARDA 0-11 YAŞ SINIRLAMASI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
39	SYNAGİS 50 MG/0,5 ML İM ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN 1 FLAKON (RAPOR ŞARTLARI UYGUN DEĞİL.90 GÜNDEN BÜYÜK.)	SYNAGİS 50 MG/0,5 ML İM ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN 1 FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
40	<ul style="list-style-type: none"> • ATOR 10 MG.30 TB. (LDL DEĞERİ UYGUN DEĞİL.) • TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FİLM TABLET (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254) 	<ul style="list-style-type: none"> • ATOR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • TIOPATI-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	JAKAVİ 10 MG 56 TABLET 9.689,09 EN AZ BİR SERİ TEDAVİ ALMIŞ VE ULUSLARARASI ÇALIŞMA GRUBU UZLAŞI KRİTERLERİNE GÖRE 8 HAFTADAN FAZLA SÜREN KOT KAVSİ ALTINDA FİZİK MUAYENE İLE ÖLÇÜLEN DALAK BOYUTUNDA BAŞLANGICA GÖRE >%50 (USG İLE ÖLÇÜLEN DALAK HACMİNDE>%35) AZALMA ELDE EDİLEMİYEN VEYA ELDE EDİLEN YANITI KAYBOLAN,MADDESİ YOK..SAĞLIK BAKANLIĞINDAN YAPILAN SORGULAMA	JAKAVİ -TEDAVİYE 2017 YILINDA BAŞLANDIĞINDAN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	SONUCUNDA ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ KAYDI BULUNAMADI.TEŐHİSE ESAS TEŐKİL EDEN RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI YOK.)	
42	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (RAPORDA ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
43	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CILEK AROMALI (200 KCAL) (RAPORDAKİ MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CILEK AROMALI; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
44	FAMPYRA 10 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET (56 TABLET) (NÖBET GEÇMİŐİ OLAN VEYA NÖBET GEÇİRMEKTE OLAN HASTALARDA KONTRENDİKEDİR)	FAMPYRA 10 MG UZATILMIS SALIMLI TABLET; İLGİLİ HEKİM GÖRÜŐÜNE GÖRE ÖDENMESİNE.
45	EUTHYROX 50 MCG.50 TABLET (RAPORDAKİ DOZA GÖRE ÖDENDİ.)	EUTHYROX; 03/09/2019 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
46	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
47	HEPAGARD 1 MG 30 FTB (IADE DÜZELTİLMEDİ) (TEDAVİYE BAŐLAMA KRİTERLERİ RAPORDA BELGELENECEK)	HEPAGARD 1 MG 30 FTB; RAPORDA TEDAVİ ÖNCESİ HBV DNA:10000 IU/ML VE 2009 ROPORU HAI 7 OLDUĐU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
48	ALATAB 600 MG 30 FTB (DİYABETİK POLİNÖROPATİ TEDAVİSİNİN TEMELİ DİYABETİN OPTİMUM KONTROLÜDÜR...TİOKTİK ASİT KULLANAN HASTALARDA SPONTAN HİPOGLİSEMİNİN DİFERANSİYEL DİYAGNOZU, İNSÜLİN OTOİMMÜN SENDROMUNU DÜŐİNDÜRMELİDİR.TEDAVİNİN BAŐLANGICINDA KAN GLUKOZ DÜZEYİNİN DÜZENLİ BİR ŐEKİLDE İZLEMESİ GEREKİR. HASTANIN KULLANDIĞI DİYABET İLACI BULUNMUYOR.)	ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
49	WILENTİN SERT KAPSUL 250 MG/100 KAPSUL (RAPOR AÇIKLAMASI YETERLİ DEĞİL.ENFEKSİYONA BAĐLI OLMAYAN ATEŐ, LENFADENOPATİ, PROTEİNÜRİ, CİLTTE DÖKÜNTÜ, LUPUS BENZERİ ETKİLER, KEMİK İLİĞİ BASKILANMASIYLA OLUŐAN YAN ETKİLER (ANEMİ, NÖTROPENİ VEYA TROMBOSİTOPENİ), NÖROLOJİK SEMPTOMLARDA KÖTÜLEŐME DURUMLARINDAN BİR VEYA BİRKAÇINI GÖŐTEREREK D-PENİSİLAMİN ETKEN MADDELİ İLACI TOLERE EDEMİYEN WİLSON HASTALARININ TEDAVİSİNDE KULLANILIR.)	WILENTİN SERT KAPSUL 250 MG/100 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
50	TARBETAX 500 MG 50 FTB (RAPOR DOZU AŐILMIŐTIR. 09.06.2021 TARİH 38801 SAYILI DİĞER RAPOR, TARİHİ 21.12.2021 TARİHİNDE SÜRESİ DOLACAĐINDAN TERCİH EDİLMEDİ.)	TARBETAX 500 MG 50 FTB; GELEN GÖRÜŐ DOĐRULTURUSUNDA ÖDENMESİNE.