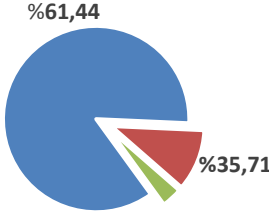


#### 4.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=70

ÖDENEN DOSYA  
SAYISI  
43



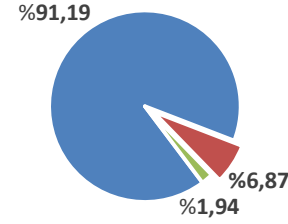
- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST  
KOMİSYONA  
GİDEN  
DOSYA SAYISI  
2

ÖDENMEYEN  
DOSYA SAYISI  
25

#### 4.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR  
2 345 804,96 ₺



- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

ÜST  
KOMİSYONA  
GİDEN TUTAR  
49 987,35 ₺

ÖDENMEYEN  
TUTAR  
176 968,49 ₺

### 27.02.2025 TARİHLİ 4.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• ATOR 40 MG.30 TB.(İLACA ARA VERİLMİŞ.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)</li><li>• ALVASTIN 10 MG 90 FILM TABLET (LDL ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ATOR;EKLENEN TAHLİL BELGESİ GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• ALVASTIN-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>• LEVOTIRON 125 MCG 50 TB (HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>• LENATU 25 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL)(SUT 1014(20) - 4.2.14.C.3-n) MADDE KOŞULLARINI SAĞLAMİYOR,AYRICA KORTIKOSTEROID KULLANIMI YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• HASTANEDE DARATUMAB VE DEXAMETAZON İLE BİRLİKTE KULLANILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE SUTUN DARATUMAB MADDESİNE UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>• FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL) (raporda mamanın tam adı yazmıyor.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• FORTINI MULTI FIBRE ;18/01/2022 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>• TOPAMAX 100 MG.60 FILM TB. (Diğer profilaktik migren ilaçlarının 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldığı durumlarda kullanılır.Ancak profilaktik migren ilaç geçmişi ve raporu yok.Ayrıca rapor açıklamasında da kullandığı yazmıyor.),</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• TOPAMAX ; HASTA GEÇMİŞİNDE RAPORSUZ OLARAK AVMIĞRAN , SİBELİUM, MİGREOUT GİBİ İLAÇLARIN OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

6	<ul style="list-style-type: none"><li>KARUM 75 MG.28 FILM TABLET(RAPORDA HASTANIN HANGİ DURUMUNUN OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.(TIKAYICI PERİFERİK ARTER HASTALIĞI VEYA İSKEMİK İNME.))</li><li>CRESTOR 20 MG.28 TABLET(TEK LDL DEĞERİNE GÖRE İLGİLİ HASTALIKLARI YOK.EK FAKTÖRLER YOK.)</li><li>XARELTO 20 MG 28 FTB(Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)</li><li>VALAMOR -Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için düzenlenecek yeni raporda hastalıkta progresyon olmadığı belirtilmelidir.Raporda,radyoloji, patoloji veya sitoloji raporunun merkezi, tarihi ve numarası, veya teşhise esas teşkil eden bilgiler, evre veya risk grubu, varsa daha önce uygulanan kanser tedavi planı bulunmalıdır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KARUM VE CRESTOR-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>XARELTO ; REÇETEYLE İLGİLİ RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>VALAMOR-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL) (5 yaş ve üstü çocuklar için vücut kütle indeksi (VKİ) (&lt; -2SD), ise bedeli ödenir)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>CETROTIDE 0.25 MG.LİYOFİLİZE 1 FLK...(hastanın sistemde OI+IUI işlemine ait raporu yok)</li><li>GONAL-F 450 IU KUL.HAZ.1 ENJ.KALEMI (hastanın sistemde OI+IUI işlemine ait raporu yok)</li><li>OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR (hastanın sistemde OI+IUI işlemine ait raporu yok)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İKİ DEFA AŞILAMA YAPILDIĞINA DAİR BELGE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>EXCALIBA PLUS 40 MG/ 10 MG/ 12,5 MG 28 FILM KAPLI TABLET (rapor sut şartlarına uygun değil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>SOLERAT %5 + %1.5 + %1.5 JEL (REÇETE AÇIKLAMASINDA "3 GÜN SÜRE İLE" KULLANILACAĞI BELİRTİLMİŞ OLUP 1 KUTU BU İHTİYACI KARŞILAMAKTADIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>REÇETEDEKİ TEDAVİ SÜÜRESİNE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

11	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL) (Besin alımında azalma (1 hafta süreyle enerji ihtiyacının %50'sinden az alım veya 2 hafta süreyle alımda herhangi bir azalma veya besin sindirimini/emilimini bozan herhangi bir gastrointestinal sistem hastalığı)olan hastalarda ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>EPLEDAY 25 MG 30 FILM TABLET (RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMALAR BELİRTİLMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
13	<ul style="list-style-type: none"><li>POLIFLEKS %0.9 IZO.100 CC (SETSİZ) (İZOTONİKLERİN BURUN İÇİ (İNTRANAZAL) KULLANIMI ÖDEME KAPSAMI DIŞINDADIR.)</li><li>ZEDPREX 20 MG.24 KAPSUL (SSRI) (REÇETE AÇIKLAMASINDAKİ "SABAH KULLANILACAK" İBARESİNE İSTİNADEN 1*1 DOZUNDA KAYDEDİLDİĞİNDE, 1 KUTU SİSTEM TARAFINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>POLIFLEKS; ENDİKASYON UYUMU ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li><li>ZEDPREX ; E-REÇETEDEKİ, TEDAVİ ŞEKLİNE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>CRESTOR 10 MG.28 TABLET(hasta ilaca ara vermiş.)</li><li>APACLOT 2,5 MG FILM KAPLI TABLET (56 FILM KAPLI TABLET)(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>CRESTOR ; ECZANE SON BİR YILLIK İLAÇ GEÇMİŞİNİ GÖRDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>APACLOT-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>SYNJARDY 5MG/1000 MG 60 FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.+METFORMİN)) (Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda ödenir.)</li><li>ATOR 20 MG.30 TB. (Idl sonucu uygun değil.)</li><li>KEPPRA 500 MG.50 FILM TABLET (rapordaki doza göre ödendi.)</li><li>PLAQUENIL 200 MG 30 FILM TABLET (rapordaki icd10 kodu uygun değil.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>SYNJARDY-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>ATOR - RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>KEPPRA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>PLAQUENIL; İlacın KÜB'ünde güneş ışığına bağlı oluşan veya güneşle şiddetlenen dermatolojik rahatsızlıklarda verilebileceğinden ödenmesine.</li></ul>

16	<ul style="list-style-type: none"><li>COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET (idame ted. değil rap. önce 6 aydan fazla ara ver. (eski tar. LDL mevcut ))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>MAGOSIT 365 MG TB(Reçete açıklamasına istinaden "1*1" olarak kaydedildiğinde 6 Mayıs'a kadar yetecek ilacı vardır. Hastanın erken ilaç alımına (22 Nisanda) sebep olduğundan 1 kutu ödeme dışı bırakılmıştır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>MAGOSIT ; E-REÇETE AÇIKLAMASINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
18	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPITOR 20 MG.30 TB.(raporda ldl sonucu yok.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPITOR-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>DETRUSİTOL 1 MG.56 FILM TABLET (DETRUSİTOL TB İADE---SUT-EK-4/F Madde-45 GEREĞİNCE E-reçetede "Oral oksibutinine yanıt alınamayan ya da tolere edemeyen hasta " OLDUĞU HUSUSU BELİRTİLMELİDİR. İADE POSTA TAKİP 16.01.2025--EKSİK GİDERİLMEDİ-10 İŞ GÜNÜ GEÇTİ-KESİNTİ YAPILDI 03.02.2025)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İADE SONRASI EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDNE.</li></ul>
20	<ul style="list-style-type: none"><li>HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF(hasta ilacı 18/05/2023 tarihinden bu yana düzenli olarak kullanmaktadır. mevcut rapor idame kullanım koşullarını taşımamaktadır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
21	<ul style="list-style-type: none"><li>SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) ((LABA+LAMA+IKS) KOMBİNE KULLANIMLARINDA RAPOR ŞARTI ARANMAKTADIR. REÇETE TARİHİNİ KAPSAYAN RAPORU OLMADIĞI İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KOMBİNE KULLANIM İÇİN RAPORU BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
22	<ul style="list-style-type: none"><li>LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(yükleme dozu; 4-6 hafta arayla yapılmalıydı)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LUCENTIS;RAPORDA LUCENTIS UYGULAMASINA 28/01/2019 TARİHİNDEN ÖNCE BAŞLADIĞI VE TARİHLERİ BELİRTİLDİĞİNDEN VE HASTAYA AİT HASTANE UYGULAMASI VE EPİKRİZ BELGESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>ENJEKTOR 5 CC(Metcef'ten kaynaklı enjektör kesintisi)</li><li>METCEF 1 GR IM ENJ. COZ. HAZ. ICIN TOZ ICEREN FLAKON(Reçete edilebilmesi için EHU onayı gerekmez, ancak aynı ilaç 72 saatten daha uzun süre kullanılacak ise EHU'nun onayının alınması gerekir. (ilk 72 saatlik süre için gerekli kullanım 11-14.03.2024'teki kullanımla dolmuştur.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>METCEF 1GR ;ÖNCEKİ REÇETEYLE BİRLİKTE 72 SAATİ AŞAN DOZDA EHU ONAYI OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

24	<ul style="list-style-type: none"><li>TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET (metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>TRELEGY ELLIPTA 200/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET(İKS+LABA+LAMA)(raporda ORTA - AĞIR KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIG (KOA)OLAN ERİŞKİN HASTAnın İDAME TEDAVİSİNDE kullanılacağı belirtilmiş ancak 200/62,5/25mcg lık form suta göre astım alevlenmesi yaşayan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılıyor hastanın geçmiş tüm raporları KOA tanısı ile çıkmış)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TRELEGY ELLIPTA 200-İLGİLİ RAPOR ÖNCESİNDE DE ASTİM TANILI RAPOR MEVCUTTUR.ANCAK REÇETEYLE İLGİLİ RAPORDA ASTİM TANISINA GÖRE AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
26	<ul style="list-style-type: none"><li>KINZY 5 MG 30 FTB(UYARI KODUNDAKİ İFADE KAĞIT REÇETEDEN YOK)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Raporsuz kağıt reçetede uyarı kodu açıklaması olmadığından itirazın reddine.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>COLASTIN-L 20 MG 90 FILM TB. (hasta rapor tarihinden önce ilaca 6 aydan fazla ara vermiştir.İdl tahlil tarihi güncel değil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>COLASTIN-L 20; RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
28	<ul style="list-style-type: none"><li>İNFERJECT 500 MG/10 ML İ.V. ENJEKSİYON/İNFUZYON İCİN COZELTİ (1 ADET)(RAPOR PARENTERAL DEMİR PREPARATI KULLANIMI İCİN YETERLİ AÇIKLAMA İCERMEMEKTEDİR VEYA İCD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDA SUTUN 4.2.41 MADDESİNDE BELİRTİLEN DURUMLARLA İLGİLİ UYGUN İCD-10 KODU OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li></ul>
29	<ul style="list-style-type: none"><li>ANTI SKAB KREM % 5 30 GR KREM (REÇETE AÇIKLAMASINDA "3 GÜN SÜRE İLE" KULLANILACAĞI BELİRTİLMİŞ OLUP 1 KUTU BU İHTİYACI KARŞILAMAKTADIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TEDAVİ SÜRESİ BELİRTİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
30	<ul style="list-style-type: none"><li>TIOUMIT 18 MCG İNH. İCİN TOZ İCEREN 30 KAPSUL (LAMA) ((LABA+LAMA+İKS) KOMBİNE KULLANIMLARINDA RAPOR ŞARTI ARANMAKTADIR. REÇETE TARİHİNİ KAPSAYAN RAPORU OLMADIĞI İCİN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KOMBİNE KULLANIM İCİN RAPORU BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

31	<ul style="list-style-type: none"><li>• APTAMIL PREGOMIN SYNEO 400 G (1896 KCAL) (raporda APTAMIL PREGOMİN AS 400 GR İSİMLİ MAMADAN GÜNLÜK OLACAK ŞEKİLDE KARŞILANACAKTIR. yazılı ancak 11.12.2024 tarihli duyurusu ile 13.12.2024 tarihinden itibaren eczane provizyon sisteminde "Pasif ilaç" durumuna getirilmiştir. pregomin syneo 400g verilmiştir)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
32	<ul style="list-style-type: none"><li>• VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET) (Pre/perimenopozal kadınlarda endokrin tedavisi, luteinize edici hormon salgılatıcı hormon (LHRH) agonisti ile birleştirilmelidir.)</li><li>• BYETTA 5MCG/20 L (5 MG/20 ML) SC KULLANIMA HAZIR DOLU ENJ. KALEMI İCİNDE COZELTI (Metformin ile kombinasyon halinde kullanılabilir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• VALAMOR;RAPORDA POSTMENAPOZAL OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>• BYETTA;KOMBİNE KULLANIM BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
33	<ul style="list-style-type: none"><li>• RISBONE D3 150 MG/5600 I.U. FILM KAPLI TABLET (3 FILM TABLET)(Patolojik kırık değildir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORDA PATOLOJİK KIRIKLA İLGİLİ ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li></ul>
34	<ul style="list-style-type: none"><li>• FORTEVİR 0,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (RAPORDA BAŞLAMA VE SONLANDIRMA KRİTERLERİ İCİN GEREKLİ AÇIKLAMALAR DEĞERLER VE ÖLÇÜM TARİHLERİ YOK.ESKİ RAPORLARDAN KOPYALANMIŞ.ENTEKAVİRE GEÇİŞ SEBEBİ YOK.)</li><li>• KETYA XR 50 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 TB (HASTA ELİNDE 25 MG FORMU 1*1 DOZLA VERİLMİŞ.DİĞER RAPOR DOZU KARŞILANMIŞ.)</li><li>• ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• FORTEVİR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• KETYA XR 50 MG -RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• ELIQUIS- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
35	<ul style="list-style-type: none"><li>• SEBRALER 50 MCG İNHALASYON TOZU, 30 KAPSUL (LAMA)((LABA+LAMA+İKS) KOMBİNE KULLANIMLARINDA RAPOR ŞARTI ARANMAKTADIR. REÇETE TARİHİNİ KAPSAYAN RAPORU OLMADIĞI İCİN ÖDEME DİŞI BIRAKILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SEBRALER;KOMBİNE KULLANIM İCİN RAPOR BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

36	<ul style="list-style-type: none"><li>• ENOX 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ. (katılım paylı ödendi)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ENOX;GEBELİK DURUMUNDA KATILIM PAYLI ÖDENECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
37	<ul style="list-style-type: none"><li>• URSOVEF 750 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.AÇIKLAMAYA UYGUN ICD 10 KODU YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SAFRA TAŞI TANISINDA ÖDENMESİNE.</li></ul>
38	<ul style="list-style-type: none"><li>• SELECTRA 100 MG 28 FTB (KAP) (SSRI) (rapordaki doz girildi.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
39	<ul style="list-style-type: none"><li>• TIOUMIT 18 MCG INH. İCİN TOZ İCEREN 30 KAPSUL (LAMA)((LABA+LAMA+İKS) KOMBİNE KULLANIMLARINDA RAPOR ŞARTI ARANMAKTADIR. REÇETE TARİHİNİ KAPSAYAN RAPORU OLMADIĞI İCİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• KOMBİNE KULLANIM İCİN RAPORU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
40	<ul style="list-style-type: none"><li>• ENSURE 2 CAL VANILYA AROMALI 200 ML (400 KCAL) (RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI YAŞINA UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 17/02/2020 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
41	<ul style="list-style-type: none"><li>• TELMODIP PLUS 80 MG /10 MG / 25 MG TABLET (30 TABLET) (Rapor uygun değil (SUT EK-4/F Madde 51))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
42	<ul style="list-style-type: none"><li>• TASIGNA 200 MG.112 KAPSUL (Nilotinib yalnızca; imatinib dahil önceki tedavilere dirençli veya intolerans hastalarda ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
43	<ul style="list-style-type: none"><li>• CONCERTA 27 MG 30 KONTR.SALIM TB.(HASTANIN YENİ ÇIKAN RAPORUNDA,UYARICI İLAÇLARDAN FAYDA GÖRMEYEN HASTANIN DEHB TANISIYLA 7 MG/GÜN GUANFASİN KULLANIMI UYGUNDUR YAZIYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• CONCERTA;GUANFASİN RAPORUNA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
44	<ul style="list-style-type: none"><li>• URSACTIVE 250 MG 100 KAP(ÖDENMESİNDEKİ ÖZEL KOŞULLARI GEREĞİ ENDİKASYON UYUMU ARANACAK İLAÇLAR ARASINDADIR, REÇETEDE UYGUN ENDİKASYONU OLMADIĞI İCİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• URSACTIVE;İADE EDİLMESİNE.</li></ul>
45	<ul style="list-style-type: none"><li>• DIDERAL 40 MG 50 TB (REÇETE AÇIKLAMASINDAKİ "YATARKEN KULLANILACAK" İFADESİNE İSTİNADEN 1*1 DOZUNDA KAYDEDİLDİĞİNDE 1 KUTU SİSTEM TARAFINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• DIDERAL;REÇETE AÇIKLAMASINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

46	<ul style="list-style-type: none"><li>• IRDAPIN 300 MG/10 MG 28 FILM TABLET(Hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamıyorsa raporda belirtilmesi gereklidir.)</li><li>• PRATIN 2 MG 30 FILM KAPLI TABLET(TEK ÖLÇÜM YETERLİ DEĞİL.EK FAKTÖRLER YOK.)</li><li>• ECOPIRIN PRO 81 MG 30 ENTERİK KAPLI TB(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• IRDAPIN-İLGİLİ RAPORDA AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• PRATIN ;EK HASTALIKLA İLGİLİ RAPORLARI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li><li>• ECOPIRIN PRO-RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
47	<ul style="list-style-type: none"><li>• CORALAN 7.5 MG 56 FTB(RAPOR SUT 4.2.15.C MADDE ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
48	<ul style="list-style-type: none"><li>• PAROL 500 MG.20 TB.(REÇETEDe TEŞHİS YOKTUR. MUAYENE SONUCUNDA TEŞHİS KONULMASI VE BUNUN REÇETEDe BELİRTİLMESİ GEREKİR.)</li><li>• DUPHALAC 670 MG/ML 300 ML SURUP(REÇETEDe TEŞHİS YOKTUR. MUAYENE SONUCUNDA TEŞHİS KONULMASI VE BUNUN REÇETEDe BELİRTİLMESİ GEREKİR.)</li><li>• CEFTINEX 600 MG 10 FTB(REÇETEDe TEŞHİS YOKTUR. MUAYENE SONUCUNDA TEŞHİS KONULMASI VE BUNUN REÇETEDe BELİRTİLMESİ GEREKİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• REÇETEDe TEŞHİS OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
49	<ul style="list-style-type: none"><li>• REVLIMID 15 MG 21 SERT KAP (ilaca endikasyon dışıyla başlanmış.18.10.2021.Daha sonra 23.05.2022 raporuyla endikason dışı olmadan verilmiş.Raporda eksiklik var.Devamında çıkan raporlarda devam kriterleri de yok.Diğer tüm raporlar bir öncekinin kopyası olarak düzenlenmiş.Hiçbir raporda devam kriteri yok.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• REVLIMID-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
50	<ul style="list-style-type: none"><li>• TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(Rapor uygun değil (SUT 4.2.24.B-(2)-a))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
51	<ul style="list-style-type: none"><li>• ZIVER 3 MG TABLET (20 ADET)REÇETE DOZUNA GÖRE;HAFTADA 4 ADET ALINIR. RAPEL DOZ UYGULANSA DAHİ 10 TB LİK FORM TEDAVİ İÇİN YETERLİYDİ . BU NEDENLE 20 TB LİK FORM BEDELİ ÖDENMEDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ZIVER 3 MG-REÇETEDeKİ HAFTADA 4 ADET DOZUNA GÖRE (RAPEL DOZ DAHİL)10 TB VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>



52	<ul style="list-style-type: none"><li>PIRFECT 600 MG 120 FILM KAPLI TABLET (İLACA ENDİKASYON DIŞI ONAYLA BAŞLANMIŞ.YENİ RAPOR ICD10 KODU VE REÇETE UYARI KODU GİRİLMEĞEN İLAÇ KARŞILANMIŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PIRFECT-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖĐENMESİNE.</li></ul>
53	<ul style="list-style-type: none"><li>PLAVIX 75 MG 28 FTB (RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖĐENMESİNE.</li></ul>
54	<ul style="list-style-type: none"><li>INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/İNFUZYON İCİN COZELTİ (1 ADET) (raporda sutta istenen açıklama eksik.)</li><li>INSPRA 25 MG 30 FTB (raporda hastaya ait olan bilginin olması gerekiyor, genel ifade eklendiği için kesinti yapıldı.)</li><li>ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>INFERJECT- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖĞENMESİNE</li><li>INSPRA- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖĞENMESİNE</li><li>ELIQUIS- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖĞENMESİNE</li></ul>

