

28.07.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	PLAVIX 75 MG 28 FTB(RAPORDA SILOSTAZOL AĞIZDAN KATI GÜNDE 2 X 1.0 ADET 11/03/2022 12:02 SGK F98 KLOPIDOGREL HİDROJEN SULFAT AĞIZDAN KATI GÜNDE 1 X 1.0 ADET YAZILI HASTA İKİ İLACI BİRLİKTE KULLANIYOR SİSTEMDEKİ KAYITLARDA GÖRÜLÜYOR BİRLİKTE KULLANIMI KONTRENDİKE OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	PLAVIX 75 MG 28 FTB;SUT 4.2.15-G MADDESİNE GÖRE PLETAL İLE BİRLİKTE KULLANILAMAYACAĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
2	XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL) (GERİ ÖDEME KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	XTANDI; RAPORDA KASTRASYONA DİRENÇLİ PROGRESYONUN PSA VE GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİYLE GÖSTERİLDİĞİ VE TESTOSTERON DÜZEYİ KASTRASYON SEVİYESİNDE OLAN (<50 NG/DL) OLDUĞU BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. KESİNTİYLE İLGİLİ OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
3	GENIVIG HUMAN İMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML İNTRAVENOZ İNFUZYON İÇİN COZ İCEREN 1 FLK (RAPOR DOZUNA GÖRE AYDA 1*6 OLARAK DÜZELTİLMEK İSTENDİĞİNDE GENIVIG HUMAN İMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML İNTRAVENOZ İNFUZYON İÇİN COZ İCEREN 1 FLK İLACININ SÜRESİ DOLMAMIŞ. (REÇETE NO : 20HJ0KD) UYARISI ÇIKMIŞTIR)	GENIVIG- BİR ÖNCEKİ İMMUNGLOBULİN ALIMI 15 GÜN ÖNCESİNDE YAPILDIĞINDAN VE DOZ 3-4 HAFTADA BİR GİRİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. KESİNTİYLE İLGİLİ OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
4	<ul style="list-style-type: none">HIZENTRA 2 G/10 ML S.C. UYGULAMA İÇİN ENJEKSİYONLUK COZELTİ (1 FLAKON)(SUT KURALINA GÖRE İDAME TDV. 0.4-1 G/KG MAX DOZ 3-4 HAFTADA 1-2 GÜNDE UYGULANIR. RAPOR DOZUNDA 0.4 G/KG UYGULANACAĞINDAN 75 KG HASTA İÇİN 30 GRAM ÖDENİR)HIZENTRA 4 G/20 ML S.C. UYGULAMA İÇİN ENJEKSİYONLUK COZELTİ (1 FLAKON) (SUT KURALINA GÖRE İDAME TDV. 0.4-1 G/KG MAX DOZ 3-4 HAFTADA 1-2 GÜNDE UYGULANIR. RAPOR DOZUNDA 0.4 G/KG UYGULANACAĞINDAN 75 KG HASTA İÇİN 30 GRAM ÖDENİR)	MAKSİMUM 0.4-1 G/KG MAX DOZ 3-4 HAFTADA 1-2 GÜNDE UYGULANDIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
5	REDEPRA 30 MG 28 FTB (NASSA)(6 AYDAN DAHA FAZLA KULLANIMI VARDIR -REÇETE VEYA RAPORDA PSİKİYATRİ HEKİM MEVCUT DEĞİL.)	REDEPRA 30 MG 28 FTB;AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN TEDAVİDE RAPORDA VEYA REÇETEDEN PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
6	NUTRIVIGOR VANİLYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDA GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI 1500 KCAL.RESOURCE DIABET 3X1 GLUTAMİN NÖTRAL 2X1 YAZILI NUTRIVIGOR SOL VERİLMİŞ)	NUTRIVIGOR VANİLYA AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
7	<ul style="list-style-type: none">ECOPIRİN 100 MG 30 TB(RAPORDA;HASTANIN ASA VE TÜREVLERİNE KARŞI GİS İNTOLEANSININ BULUNDAĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)ALATAB 600 MG 30 FTB (254 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI	<ul style="list-style-type: none">ECOPIRİN 100 MG 30 TB; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEALATAB 600 MG 30 FTB;RAPORDA

	<p>BIRAKILMIŞTIR.)</p> <ul style="list-style-type: none"> ALATAB 600 MG 30 FTB (254 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
8	<ul style="list-style-type: none"> ATOR 10 MG.30 TB.(LDL TAHLİL SONUCU E-RAPORDA MEVCUT DEĞİL.) LIPANTHYL 267 M KP.(TRIGLİSERİT DEĞERİ UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> ATOR 10 MG.30 TB;LDL DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. LIPANTHYL 267 M KP;TRG DEĞERİ 200 ÜN ÜZERİNDE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	ZENO 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 2019 YILI RAPORLA BU DEĞERLER BİLİNMEYEN ÇIKIŞ YAPILMAYA DEVAM EDİLMİŞ)	ZENO 360 MG FILM KAPLI TABLET ;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI(RAPOR AÇIKLAMASINDA HASTANIN İVİG TEDAVİSİNİN BİTTİĞİ BELİRTİLMİŞTİR. AYRICA DEVAM HASTASI OLDUĞU HALDE BAŞLANGIÇ DOZUNDAN VERİLMİŞ)	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI;İLAÇ VERİLDİĞİNDEN RAPORDA KI AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN VE REÇETE İLE VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none"> SANELOC 50 MG 20 DEGİST.SALIMLI TAB (RAPORDAKİ DOZ1*1 ANCAL 01/11/2022 5KT / 04/01/2022 2KT / 22/02/2022 5KT / 27/05/2022 4KUTU OLARAK 2*1 DOZU İLE VERİLMİŞ HASTANIN ELİNDE RAPORDA BELİRTİLEN DOZDAN FAZLA İLAÇ OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ) GONAL-F 450 IU KUL.HAZ.1 ENJ.KALEMI(RAPORDA HASTA ENAZ 3 EN FAZLA 6 KLOMİFEN SİTRAT TEDAVİSİNE YANIT ALINAMAMIŞTIR) İBARESİ VAR ANCAK HASTANIN İLAÇ LİSTESİNDE BU İLACI KULLANDIĞI GÖRÜLMÜYOR) 	<ul style="list-style-type: none"> SANELOC 50 MG 20 DEGİST.SALIMLI TAB; RAPORUN AÇIKLAMA KISMINDA 100 MG GÜNLÜK DOZA GÖRE ÖDENMESİNE. GONAL-F 450 IU KUL.HAZ.1 ENJ.KALEMI ;RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
12	NERUDA 300 MG 50 FTB (RAPORDA UYGUN TANI YOK)	NERUDA 300 MG 50 FTB; SUTUN EK-4/D LİSTESİNDEKİ TANILARA GÖRE ÖDENMESİ
13	<ul style="list-style-type: none"> ABOUT PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(01/2022 TARİHLİ RAPORDA GLUTAMİN PLUS NÖTRAL VE SUPPORTAN DRINK SOL YAZILI ANCAK ABOUT PORTAKAL VE NUTRIVIGOR VANILYA VERİLMİŞ) NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(01/2022 TARİHLİ RAPORDA GLUTAMİN PLUS NÖTRAL VE SUPPORTAN DRINK SOL YAZILI ANCAK ABOUT PORTAKAL VE NUTRIVIGOR VANILYA VERİLMİŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> 20/01/2022 TARİHLİ RAPORU OLDUĞUNDAN VE 24/01/2022 TARİHLİ RAPORDAKİ MAMALAR ALINMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET (TEK TAHLİL LDL DEGERI İLE ODENMEZ.)	COLASTIN-L 40 MG 30 FILM TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET (RAPORDA GINKGO YAPRAK EKTRESİ AĞIZDAN KATI GÜNDE 2 X 1.0 ADET YAZILI ANCAK 3*1 OLARAK ÇIKIŞ YAPILMIŞ)	TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET ;İLGİLİ VE GÜNCEL RAPORDAKİ DOZA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE
16	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 BEDELİ ÖDENİR 2019 YILINDAN BERİ SÜREKLİ ÇIKIŞ YAPILMIŞ)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

17	GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK (10 GRAM İVİG İLE ÇAKIŞAN ADET DÜŞÜLMÜŞTÜĞR)	GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK ;BİR ÖNCEKİ REÇETESİ KESİLDİĞİNDEN VE ÖNCEKİ 10 GÜNLÜK ALIM SÜREYE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
18	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. İCİN LİYOF. TOZ İCEREN 1 FLK.(ANTI TNF)(RAPORDA DEVAM KRİTERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. İCİN LİYOF. TOZ İCEREN 1 FLK ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none"> LIPANTHYL 267 M KP.(RAPORDA TG DEĞERİ YOK.) EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB (RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.) ATOR 20 MG.30 TB.(HASTA İDAME TEDAVİ ALMIYOR VE YENİ LDL SONUCU YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> LIPANTHYL 267 M KP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. ATOR 20 MG.30 TB;İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
20	VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET (HASTANIN İLAÇ DEĞİŞİMLERİ UYGUN DEĞİL, YAN ETKİ OLUŞTUKTAN SONRA TEKRAR KULLANILAN İLAÇLAR VAR.)	VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET ; RAPORDA GEÇİŞ KRİTERLERİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
21	RELPAK 40 MG.3 FILM TABLET (HASTA BU İLACI SUREKLI KULLANIYOR GEÇMİŞ YILLARDA YILDA ORTALAMA 5 KT KULLANIRKEN SUT KUARLLARINA GÖRE (AYDA EN FAZLA 6 DOZ/ADET YAZILABİLİR.) SUREKLI 418 İLE ÇIKIŞ YAPILIP YILDA ORTALAMA 14KT VERİLMİŞ)	RELPAK 40 MG.3 FILM TABLET;REÇETESİZ İLAÇ TEMİNİ KAPSAMINDA AYDA 6 TB GEÇMEYECEK ŞEKİLDE VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"> LANSOR 30 MG 28 E-REÇETEDE TEDAVİ SÜRESİ 1 AY DİYE BELİRTİLDİĞİNDEN 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. REXAPİN-DEMANSTA G30 VE ALT KODLARINDA ENDİKASYON UYUMU ARANMAKTADIR. 	<ul style="list-style-type: none"> LANSOR 30 MG;E-REÇETEDE SÜRE BELİRTİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE REXAPİN; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	EPLEDAY 25 MG 30 FILM TABLET (EPLEDAY TB İCİN RAPOR UYGUN DEĞİL)	EPLEDAY 25 MG 30 FILM TABLET;05/04/2022 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR 20 MG.30 TB.(HASTANIN 2013 DE ÖLÇÜLEN LDL DEĞERİ UYGUN DEĞİL.) CRESTOR 10 MG.28 TABLET (HASTA İLACA ARA VERMİŞ VE YENİ LDL SONUCU YOK) CAMPRAL 333 MG.84 ENTERİK TABLET(RAPORDAKİ TEŞHİS UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR 20 MG.30 TB;DİYABET TANISI 2019 YILINDA KONULDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİDEKİ LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. CRESTOR 10 MG.28 TABLET;TAHLİL BELGESİ EKLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. CAMPRAL 333 MG 84 ENTERİK TABLET;RAPOR TANISI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	<ul style="list-style-type: none"> FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK (RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.) LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (SOL GÖZ İCİN BEVACİZUMAB KULLANILMAMIŞTIR VE TEDAVİYE 24/06/2021 DE TEDAVİYE BAŞLANMIŞ.) EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL (RAPORDA TEDAVİDEN FAYDA GÖRDÜĞÜ YAZMIYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL;RAPORDA DEVAM EDİLME GEREKTİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
26	CELLCEPT 500 MG 50 FTB (NO5.9 NEFRİTİK SENDROM İCİN KATILIM PAYLI OLARAK DÜZELTİLDİ.)	CELLCEPT 500 MG 50 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

27	TARDEN 40 MG.30 FILM TB.(RAPOR TARİHİNDEN SON 6 AY ÖNCESİNE AİT STATİN KULLANIMI OLMADIĞINDAN BAŞLANGIÇ RAPORUDUR.LDL ÖLÇÜM SONUCUNUN TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN SONRA OLDUĞU İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	TARDEN 40 MG.30 FILM TB; RAPORA ETKEN MADDELER 07/07/2022 TARİHİNDEN EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
28	EMOCLOT-DI 500 IU (FACTOR 8) 1 FLK (RAPOR TARİHİ 20.06.2022, İLAÇ ALIM TARİHİ 21.06.2022 DİR. MAX 3 GÜNLÜK KANAMA RAPORUNDAN 1 GÜN SONRA İLAÇ ALINDIĞI İÇİN 2 GÜNLÜK DOZ ÖDENİR.)	EMOCLOT-DI 500 IU (FACTOR 8) 1 FLK;2 GÜNDE TOPLAMDA 7500 Ü ALABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none"> SANDIMMUN NEO.25 MG.50 KPS.(SANDIMMUN;ENDİKASYON UYUMU ARANAN İLAÇLARDANDIR.) SANDIMMUN NEO.100 MG.50 KPS.(SANDIMMUN;ENDİKASYON UYUMU ARANAN İLAÇLARDANDIR.) SUBOXONE – EN ÇOK ÇIKAN RAPORDAKİ DOZ 2*1,REÇETEDE 4*1 	<ul style="list-style-type: none"> SANDIMMUN NEO.25 MG.50 KPS ;RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. SUBOXONE;RAPORA EKLENEN DOZA GÖRE 2 MG LİK VERİLEMEYECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
30	LUSTRAL 50 MG.28 CENTIKLI TB.(SSRI) (UYUM BOZUKLUKLARI ENDİKASYONUNDA ÖDENMEZ.)	LUSTRAL 50 MG.28 CENTIKLI TB;RAPOR TANISI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
31	<ul style="list-style-type: none"> VENTOLIN INHALER 200 DOZ (SABA) (SEÇİLİ RAPORDA DOZ 4*1 DİR. REÇETEDE DOZ 4*2 YAZILMIŞ) VENTOLIN NEBULES 20 NEBUL (SEÇİLİ RAPORDA DOZ 4*1 DİR. REÇETEDE DOZ 4*2 YAZILMIŞ) SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ (LABA+İKS) (SEÇİLİ RAPORDA DOZ 4*1 DİR. REÇETEDE DOZ 4*2 YAZILMIŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> VENTOLIN INHALER-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. VENTOLIN NEBULES-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. SERETIDE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	SMARTFINE INSULIN IGNE UCU 31GX8MM (HASTA GÜNDE 1 DEFA İNSÜLİN KULLANMAKTADIR FAKAT REÇETEYE GÜNDE 2*1 GİRİLMİŞTİR. KULLANIMA UYGUN OLARAK REÇETEDEKİ DOZ GÜNDE 1*1 ŞEKLİNDE DÜZELTİLİNCE SİSTEM 2 KUTU İĞNE UCUNDAN 1 KUTUYU KESMİŞTİR.)	SMARTFINE INSULIN IGNE UCU 31GX8MM; İNSÜLİN TEK DOZ KULLANILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
33	LIXIANA 30 MG 28 FILM KAPLI TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	LIXIANA 30 MG 28 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	LIPOLIN 600 MG HR 30 FTB (254 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	LIPOLIN 600 MG HR 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
35	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR 10 MG.30 FILM TB.(EN AZ BİR HAFTA ARA İLE İKİ DEFA OLMAK ÜZERE, YAPILMIŞ KAN LİPİD DÜZEYLERİNİN HER İKİSİNDE DE YÜKSEKOLDUĞUNU GÖSTEREN TETKİK SONUÇLARI BELİRTİLİR) CRESTOR 20 MG.28 TABLET (EN AZ BİR HAFTA ARA İLE İKİ DEFA OLMAK ÜZERE, YAPILMIŞ KAN LİPİD DÜZEYLERİNİN HER İKİSİNDE DE YÜKSEK OLDUĞUNU GÖSTEREN TETKİK SONUÇLARI BELİRTİLİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> LIPITOR ; TAHLİL BELGESİ İLE EK RİSK FAKTÖRLERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. CRESTOR; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
36	BIOAK 5 MG 30 TB(SUT EK-4/F YE GÖRE 1*1 ÖDENDİ.)	BIOAK 5 MG 30 TB; BİOTİN K91.2, K52.2 VE T78.1 KODLARINDA MUAFİYET KAPSAMINDA BULUNMADIĞINDAN VE E88 TANISINDA İŞE MUAF OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

37	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(HER 6.DOZ UYGULAMASINDAN SONRA HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS GELİŞMESİ HALİNDE TEDAVİYE DEVAM EDİLEBİLİR.)	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
38	FESOR 500 MG DAGILABİLİR TABLET (28 TABLET)(GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ BULUNMAMAKTADIR.)	FESOR 500 MG DAGILABİLİR TABLET ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
39	<ul style="list-style-type: none"> TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET (RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIS.) SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB.(ICD-10 KODU G30.8 ENDİKASYON DISI KULLANIM.) 	<ul style="list-style-type: none"> TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
40	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET(RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIS.)	APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
41	GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON ICIN COZ ICEREN 1 FLK 40.(RAPORDA HASTANIN KİLOSU İLE İLGİLİ ÇELİŞKİ OLDUĞUNDAN RAPORDAKİ DOZ BÖLÜMÜNE GÖRE HESAPLANMIŞTIR.)	GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON ICIN COZ ICEREN 1 FLK 40; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
42	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SISE(330 KCAL)(HASTANIN29/09/2021 TARİHLİ RAPORUNDA NUTRIVIGOR SOL YAZILI 26/04/2022 TARİHLİ RAPORUNDA SUPPORTAN VE RECONVAN SOL YAZILI HERİKİ RAPORA AIT MAMALARLA TOPLAMDA 2350 KCAL BESLENME SOLÜSYONU VERİLMİŞ AYRICA NUTRIVIGOR HATALI RAPORLA İLİŞKİLENDİRİLMİŞ DUZELTİNCE SİSTEM ÖDENMEZ UYARISI VERİYOR.)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SISE ; RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
43	ALATAB 600 MG 30 FTB (RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.)	ALATAB; RAPORDA PERİFERİK DİABETİK NÖROPATİK AĞRI AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
44	GAMUNEX-C %10 50 ML IV/SC ENJ ICIN COZ ICEREN FLK (RAPOR DOZUNA GÖRE 2 GRAM IVIG YETERLİ OLAN HASTADIR)	GAMUNEX-C %10 50 ML IV/SC ENJ ICIN COZ ICEREN FLK;E-REÇETEDE YAZILAN DOZA GÖRE ÖDENMESİNE
45	DARABIN 50 MG/ML IV ENJ./INF. ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 5 FLK (SAĞLIK BAKANLIĞI ENDİKASYON DIŞI KULLANIM KILAVUZUNA GÖRE RELAPS AML TEDAVİSİNDE YÜKSEK SİTOGENETİK RİSKLİ HASTALARDA ÖDENMEKTEDİR.)	DARABIN 50 MG/ML IV ENJ./INF. ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 5 FLK ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
46	NUTRIVIGOR KAKAOLU 220 ML SISE(330 KCAL)(RAPORDA GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI.1000 .KCAL/GÜN DÜR.ABOUND 2X1 , GLUSERNA SR 4X1..KULANMASI UYGUNDUR YAZILI NUTRIVIGOR SOL VERİLMİŞ)	NUTRIVIGOR KAKAOLU 220 ML SISE;22/09/2022 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
47	<ul style="list-style-type: none"> RHOGAM ULTRA FILTERED PLUS 300 MCG (1500 IU) IM ENJ ICIN COZL ICEREN KULL HAZIR SİRİNGA (PROSPEKTÜS ENDİKASYONLARINA GÖRE 12 HAFTALIK ARALIKLARLA UYGULANMALIDIR. 14.05.2022 TARİHİNDE ANTİ-D UYGULANMIŞ HASTA) RHOGAM ULTRA FILTERED PLUS 300 MCG (1500 IU) IM ENJ ICIN COZL ICEREN KULL HAZIR SİRİNGA (PROSPEKTÜS ENDİKASYONLARINA GÖRE 12 HAFTALIK ARALIKLARLA UYGULANMALIDIR. 14.04.2022 TARİHİNDE ANTİ-D UYGULANMIŞ HASTA) 	<ul style="list-style-type: none"> İLGİLİ TANIDA 12 HAFTA ARA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

