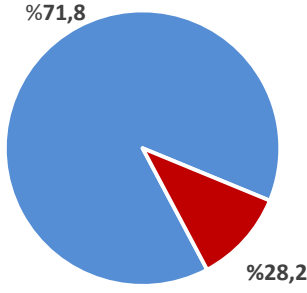


**5.İTİRAZ KOMİSYONU**  
**GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=78**

ÖDENEN  
DOSYA SAYISI  
56

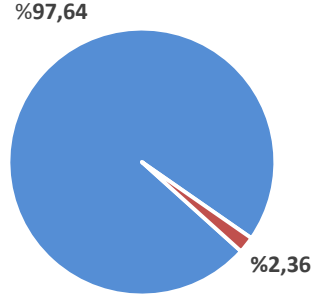


ÖDENMEYEN  
DOSYA SAYISI  
22

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

**5.İTİRAZ KOMİSYONU**

ÖDENEN TUTAR  
5 558 326,09 ₺



ÖDENMEYEN  
TUTAR  
134 062,43 ₺

■ ÖDENEN DOSYA ■ ÖDENMEYEN DOSYA

**06.03.2025 TARİHLİ 5.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU**

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>VENTOSAL 2,5 MG/2,5 ML NEBULİZASYON İCİN İNHALASYON COZ İCEREN TEK DOZLUK 20 FLK(RAPORDAKI İLAC DOZU 4*1 AYNI RECETEDE 4*1 DOZ İLE VENTOLİN İNHALER YAZILI.DOZ AŞIMI.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSUL(GÜNCEL RAPORDAKI İLAC DOZU 10MG/GÜN .HASTA 9*2 DOZ İLE PROGRAF 1MG KAPSUL ALMIS.DOZ AŞIMI.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>GÜNCEL RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>ZİVER 3 MG TABLET (20 ADET) (RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.VERİLEN DOZ UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ZİVER; 2022 YILI DOĞUMLU HASTA 80 KİLO VE ÜZERİ OLAMAYACAĞINDAN VE VEİLEN DOZ FAZLA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>ALIPZA 2 MG FILM TABLET(LDL 99 ODENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET(e reçetede sut a uygun açıklama bulunmamaktadır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İADE EDİLMESİNE.</li></ul>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF)(hastanın tedavisi başlangıç tedavisi değildir.rapor uygun değil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>HUMIRA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE 2 HAFTADA 1*1 ŞEKLİNDE ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>KEPPRA 100 MG/ML ORAL COZELTI 300 ML + 10 ML ENJEKTOR(RAPOR DOZUNA GÖRE İŞLEM YAPILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KEPPRA -RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

8	<ul style="list-style-type: none"><li>• XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(RAPOR 2 AYLIK İLAÇ SONRASI ÇIKMIŞ.HASTANIN DURUMUNU YANILTIYOR.FORMAT ŞEKLİNDE DÜZENLENMİŞ.)</li><li>• XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(AYNI HEKİMLER TARAFINDAN ÇIKAN RAPOR AÇIKLAMASI NÜKS KRİTERLERİNE UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• XOLAIR; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• XOLAIR-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>• EPLEDAY 25 MG 30 FILM TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞINI BELİRTMİYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>• HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(ENDİKASYON DISI KULLANIM BELGESİNİN GECERLİLİK TARİHI 04.02.2025 2 KUTU OZENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• HUMIRA; S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNİN BİTİŞ TARİHİNE KADAR 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>• JECTERA 10 MCG ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN LIYOFİLİZE TOZ VE COZUCU (1 FLAKON + 1 AMPUL)(RAPORDA HASTADA HANGİ DURUMUN OLDUĞU BELİRTİLMİYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>• KEPRA 100 MG/ML ORAL COZELTI 300 ML + 10 ML ENJEKTOR (RAPOR DOZUDUR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• KEPRA 100 MG/ML; E-REÇETEDEN DOZ 2*500 MG OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
13	<ul style="list-style-type: none"><li>• PERFOSE 800 MG 180 FTB (Tedaviye başlamak için diğer fosfor düşürücü ilaçların en az 3 ay süreyle kullanılmış olması ve bu hususun raporda belirtilmiş olması gerekir. Bu süre sonunda (Madde 4.2.9.B/1) şartların belirtildiği hastalarda tedaviye başlanır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>• INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/İNFUZYON İCİN COZELTI (1 ADET) (RAPOR UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>• LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (Endikasyon uyumuna göre erken evrede invazif meme kanseri olan kadınların adjuvan tedavisinde kullanılır.Rapor açıklaması eksik.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPOR TANISI VE AÇIKLAMASI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>

16	<ul style="list-style-type: none"><li>• LANSOR 30 MG.28 KAPSUL (Reçete açıklamasındaki "1 aylık tedavi için kullanım" ibaresine istinaden bu ihtiyacı karşılayacak 2 kutu ödenip 2 kutu ödeme dışı bırakılmıştır.)</li><li>• ATARAX 25 MG.30 FILM TB. (Reçete açıklamasındaki "Akşam içilecek" ifadesine istinaden 1*1 dozunda kaydedildiğinde 1 kutu sistem tarafından ödeme dışı bırakılmıştır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• LANSOR ; E-REÇETEDEKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• ATARAX- E-REÇETEDEKİ TEDAVİ ŞEKLİNE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>• XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(endikasyon yetersiz)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
18	<ul style="list-style-type: none"><li>• CALQUENCE 100 MG SERT KAPSUL (56 KAPSUL) (17p delesyonu, 11q delesyonu, TP53 mutasyonu, CD38 pozitifliği (%30), ZAP70 pozitifliği (%20) veya immunoglobulin variable bölge mutasyonu yokluğu özelliklerinden herhangi birini taşıyan hastaların tedavisinde ODENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>• JAKAVI 10 MG 56 TABLET (cilt kanseri genel tanım olmakla birlikte 'Hidroksiüre ilişkili bacak ülseri, kontrol edilemeyen mukokutanöz belirtiler ortaya çıkması halinde' bedeli ödenir)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
20	<ul style="list-style-type: none"><li>• GLUCERNA SR CİLEK AROMALI 230 ML.(206 KCAL)(RAPORDA HANGİ GLUCERNA MAMA KULLANACAĞI BELİRTİLMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
21	<ul style="list-style-type: none"><li>• ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (RAPORDA MAMA ADI YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
22	<ul style="list-style-type: none"><li>• PACREA 10000 IU SERT KAPSUL ((PANKRAZA 10000 IU SERT KAPSUL (100 KAPSUL))(İLACIN İLGİLİ ENDİKASYONDA KULLANIMI YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PACREA ; RAPORSUZ ENDİKASYON UYUMU ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>• PERFOSE 800 MG 180 FTB (Sevelamer tedaviye başlama kriterleri gereğince 12.09.2024 tarihli raporda hastaya ait güncel tetkik sonuçları : Kalsiyum, Fosfor, PTH, Ktv değeri belirtilmemiş(rapora istinaden ilk reçetede de (e-reçetede) sözkonusu tetkik sonuçları görülmedi, Sut'a uygunluğu teyid edilemedi) ÖDEME DIŞI BIRAKILDI)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

24	<ul style="list-style-type: none"><li>BETANORM MR 30 MG 60 TB. (SULFONILURE)(RAPORDAKİ DOZU=1*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>THINCAL 120 MG 84 KAP (Thincal için vücut kitle indeksi (BMI)<sup>3</sup>40 kg/m<sup>2</sup> olmalıdır fakat hastanın BMI değeri=38'dir. Hastanın BMI değeri 40'tan küçük olduğu için ödenmez.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>THINCAL ; İKİNCİ RAPORUNDAKİ DEĞERLER İLK RAPORA GÖRE UYGUN VE İLK RAPORDA BMI DEĞERİ 40 ÜZERİNDE OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
26	<ul style="list-style-type: none"><li>OCTANINE-F FAKTOR IX 1000 IU(Rapor dozuna düşüldüğünde sistemden otomatikman oluşan kesinti)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>TANSIFA 16/5 MG 28 FILM 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>
28	<ul style="list-style-type: none"><li>SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB(raporda yazılan eski bilgiler olduğu için kesildi.reçetede güncel durum belirtilmemiş.)</li><li>SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB(raporda yazılan eski bilgiler olduğu için kesildi.reçetede güncel durum belirtilmemiş.)</li><li>BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET(sisteme girilen uyarı kodu raporda bulunamaktadır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>SUBOXONE; E-REÇETEDeki EKSİKLİK İÇİN İADE EDİLMESİNE.</li><li>BENEDAY-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
29	<ul style="list-style-type: none"><li>ECOPİRİN -(AYNI RECETEDe PLETAL TABLET VE PLANOR TABLET YAZILI.)</li><li>NOVORAPID -(RAPORDAKİ İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)</li><li>AYSETFINE İNSULİN-(GÜNLÜK İNSULİN KULLANIMI 2*1 2 KUTU İGNE UCUN OZENİR.)</li><li>LİPANTHYL 267 M KP.(HASTA İLACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS ESKİ TG DEĞERİ İLE OZENMEZ.)</li><li>ZESTAT -(RAPORDAKİ İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)</li><li>VENTOLİN İNHALER 200 DOZ (SABA)(RAPORDAKİ İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ECOPİRİN ; PLETAL , PLANOR VE ECOPİRİN BİRLİKTE KULLANIMI KONTRENDİKE OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>AYSETFINE ; TEK ÇEŞİT İNSÜLİN GÜNDE 2 KEZ KULLANILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>LİPANTHYL-TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE GÜNCEL DEĞER UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>ZESTAT-RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>VENTOLİN-RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

30	<ul style="list-style-type: none"><li>SMARTFINE INSULIN İGNE UCU (HASTA ELİNDE İĞNE UCU VAR.İLAÇ DOZUNA UYGUN GİRİLMİYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>SMARTFINE INSULIN; İĞNE UCUNDA İNSÜLİN KULLANIMINA GÖRE GÜNDE 4*1 ŞEKİNDE DÜZELTME YAPILDIĞINDAN ÇAKIŞMA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
31	<ul style="list-style-type: none"><li>XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(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 (Madde 4.2.14.C/3).)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
32	<ul style="list-style-type: none"><li>ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)</li><li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (Metastatik ve lokal, ileri meme kanserli, hormon reseptörü (ER ve/veya PR) pozitif postmenopozal durumdaki kadın hastalarda ilk basamak tedavide endikedir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ELIQUIS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>LETU-EVRE IV MEME KANSERİ(LHRH ANALOĞU+AROMATAZ İNHİBİTÖRÜ)İLE PREMENAPOZAL MEME KANSERİNDE KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
33	<ul style="list-style-type: none"><li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(ENDİKASYON UYUMU GEREĞİ HASTALIK EVRESİ VE DİĞER DURUMLAR RAPOR AÇIKLAMASINDA YOK.2.BASAMAK TEDAVİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDA HASTALIK EVRESİ VE DİĞER DURUMLAR BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
34	<ul style="list-style-type: none"><li>ZOLADEX LA 10.8 MG DEPOT(postmenopozal dönemde bu ilaç ödenmez)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
35	<ul style="list-style-type: none"><li>VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET (İlaç değişimi için yan etki gelişimi belirtilmemiş.hastanın varolan osteoporozu yan etki olarak değerlendirilmez.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VEMLIDY- TENOFOVİR DISOPROKSİİ ETKEN MADDELİ İLACIN PROSPEKTÜSÜNDE KEMİK MİNERAL YOĞUNLUĞUNDA AZALMA ETKİSİ GİBİ YAN ETKİ OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
36	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML(200 KCAL) (RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI EKSİK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
37	<ul style="list-style-type: none"><li>IMATIS 100 MG 120 FILM TB.(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 (Madde 4.2.14.C/3).)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

38	<ul style="list-style-type: none"><li>GADOVIST 604.72 MG ML 15 ML 1 FLK.(MRG DE ÖDENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>GADOVIST ; 15 ML AŞAN DOZ OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE</li></ul>
39	<ul style="list-style-type: none"><li>XARELTO 20 MG 28 FTB(Orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda ödenir.)</li><li>UROCIT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB(En az bir kez girişimsel (ESWL veya cerrahi) tedavi uygulanmış rekürren böbrek taşı olan ve idrar Ph değeri 6,5 in altındaki hastalarda ödenir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>XARELTO-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>UROCIT-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
40	<ul style="list-style-type: none"><li>JANDARK 5 MG 56 FILM KAPLI TABLET (İLACA BAŞLAMA VE DEVAM RAPORLARINDA BAŞLANGIÇ ŞARTLARI UYGUN DEĞİL. ESKİ RAPORLARDAKİ DAS 28 DEĞERİ VE DİĞER DURUMLAR KOPYALANMIŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDA BAŞLANGIÇ DAS VE 18.12.2024 TARİHLİ DAS28 skoru:2.8 OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
41	<ul style="list-style-type: none"><li>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET((Madde 4.2.15.D/1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
42	<ul style="list-style-type: none"><li>NPLATE 250 MCG ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK ICIN TOZ (Trombosit sayısı ve kiloya göre doz hesaplanır veya sonlandırılır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>NPLATE -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
43	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTIMEL DRINK MUZ AROMALI 500 ML (500KCAL) (VERİLEN MAMA ADI RAPORDA YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
44	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPANTHYL 267 M KP. (09.01.2024 raporu idame kriterine uygun değildir, güncel trigliserid değeri de belirtilmemiş. Fenofibrat tedavisine 6 aydan fazla ara verilmiş.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
45	<ul style="list-style-type: none"><li>ALIPZA 4 MG FILM TABLET (Raporda ldl ölçüm tarihi yok.idame tedavi değil.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
46	<ul style="list-style-type: none"><li>ROSUVAS 10 MG 28 FTB (İDAME TEDAVİ DEĞİL.LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.İLAÇLARI RAPOR ÖNCESİ VE SONRASI AYNI ECZANE KARŞILIYOR.)</li><li>LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (Metastatik ve lokal, ileri meme kanserli, hormon reseptörü (ER ve/veya PR) pozitif postmenopozal durumdaki kadın hastalarda ilk basamak tedavide endikedir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ROSUVAS-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>LETU- RAPORDA HORMON RESEPTÖRLERİ POZİTİF VE EVRE 3 OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>

47	<ul style="list-style-type: none"><li>TREVICTA 525 MG I.M. ENJEKSİYON İCİN UZUN SALIMLI SUSPANSİYON İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(Paliperidonun 3 aylık depo parenteral formları (Aralıksız en az 4 ay süreyle paliperidonun 1 aylık depo parenteral formunun kullanımı sonrası klinik olarak stabil olan hastalarda kullanılır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>18/12/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
48	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPANTHYL 267 M KP. (RAPORDA TRİGLİSERİD ÖLÇÜM DEĞERİ MEVCUT DEĞİL.İDAME DE DEĞİLDİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
49	<ul style="list-style-type: none"><li>KIOVIG 10 GR/100 ML IV İNFUZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTİ İCEREN FLK(10 GR)(Hasta kaydında 20 gramlık form mevcuttur. Rapor ve SUT ta belirtilen max doz aşamaz)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>15 GÜNLÜK ERKEN ALIM REÇETENİN BİTİŞİNE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
50	<ul style="list-style-type: none"><li>XOLAİR - (İdame 2 raporunda ve devamında gerekli şartlar sağlanmamış.Her 6. doz uygulamasından sonra olmak üzere, hekimin belirleyeceği ara verme süresi sonunda nüks ortaya çıkması halinde bu durumun raporda belirtilmesi koşuluyla ödenir.)</li><li>LUCENTIS - (SUT'un 4.2.33/3 maddesinde belirtilen Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.)</li><li>EVASİF -RAPORDAKİ İFADE ESKİ RAPORLARIN KOPYASI.EN SON BAKILAN DEĞERLER TARİHİYLE BİRLİKTE BELİRTİLMELİ.)</li><li>ATOR 40 MG.30 TB. (İDAME TEDAVİ DEĞİL.RAPOR TARİHİNE UYGUN LDL DEĞERİ GEREKLİ.İLAÇLAR,İLGİLİ RAPOR VE ÖNCEKİ RAPORLAR DAHİL AYNI ECZANE TARAFINDAN KARŞILANIYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>XOLAİR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>LUCENTIS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>EVASİF -RAPORDA TARİH BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>ATOR-RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
51	<ul style="list-style-type: none"><li>VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET (RAPOR BİR ÖNCEKİNDEN KOPYALANMIŞ.GÜNCEL DEĞERLER VE ÖLÇÜM TARİHLERİ YOK.)</li><li>EVASİF 245 MG 30 FTB (RAPORDA BAŞLAMA VE SONLANDIRMA KRİTERLERİ İCİN GEREKLİ AÇIKLAMALAR DEĞERLER VE ÖLÇÜM TARİHLERİ YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VIREAD-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>EVASİF-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

52	<ul style="list-style-type: none"><li>• ENOX 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ. (HASTAYA 17.01.2025 TARİHİNDE Z39- DOĞUM SONRASI BAKIM VE MUAYENE RECETESİ YAZILMIŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ENOX- Gebelerde ise kadın hastalıkları ve doğum uzman hekimince düzenlenen 9 ay süreli uzman hekim raporuna istinaden katılım paylı verilebileceğinden ödenmesine.</li></ul>
53	<ul style="list-style-type: none"><li>• SEREX 100 MG 30 FILM TABLET (Hasta elinde ilaç var.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 50 MG LİK FORM İLE RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
54	<ul style="list-style-type: none"><li>• PIRFA 600 MG FILM KAPLI TABLET (120 TABLET) (Raporda bağ dokusu belirteçleri açısından değerlendirme eksik.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• PIRFA;ROMATOLOJİK MARKERLARIN NEGATİFLİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
55	<ul style="list-style-type: none"><li>• NUTRIVIGOR CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(RAPORDAKI İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
56	<ul style="list-style-type: none"><li>• ATOR 40 MG.30 TB.(ldl tahlil tarihinden sonra ilaca 6 aydan fazla ara verilmiştir.)</li><li>• EFFIENT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET (rapora yazılan genel bilgiler, hastaya özel değildir.)</li><li>• JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET (raporda sut a uygun açıklama bulunmamaktadır.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ATOR; TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• EFFIENT-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• JANUVIA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
57	<ul style="list-style-type: none"><li>• EZETEC PLUS 10 MG/10 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (HASTANIN SON 6 AYDA STATİN KULLANIMI GÖRÜLMEMİŞTİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• EZETEC PLUS- SON ALTI AY ZORUNLULUĞU BULUNMADIĞINDAN VE UZUN SÜRELİ STATİN KULLANIMI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
58	<ul style="list-style-type: none"><li>• CRESTOR 10 MG.28 TABLET (ldl tahlil tarihinden sonra ilaç kullanılmadığı için kesildi.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• CRESTOR ; RAPOR ÖNCESİ TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
59	<ul style="list-style-type: none"><li>• FORADIL COMBI FIX 320/9 MCG İNHALASYON İCİN TOZ İCEREN 60 KAPSUL (LABA+İKS)(laba lama iks 3 lü kombinasyonuna göre rapor uygun değil)</li><li>• CORIVA 18 MCG İNHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 KAPSUL) (LAMA)(laba lama iks 3 lü kombinasyonuna göre rapor uygun değil)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• KOAH GEÇMİŞİ YOK.KOMBİNE TEDAVİ İÇİN İDAME TEDAVİ DEĞİL.İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
60	<ul style="list-style-type: none"><li>• LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(hastalığın evresi belirtilmediğinden endikasyon uyumu tespit edilemedi.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>



61	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPANTHYL 267 M KP. (son 1yıl içinde ilaca 6 aydan fazla ara verdiği için kesildi)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE RAPORA EKLENEN LDL SON 6 AY İÇİNDE YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
62	<ul style="list-style-type: none"><li>AMGEVITA 40 MG/0,8 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(HASTANIN İLAÇ GEÇMİŞİ YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>AMGEVITA; HASTANIN İLAÇ GEÇMİŞİ BULUNDUĞUNDAN RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

