

24.03.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	EPOBEL 5000 IU/0,5 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE(REÇETE TARİHİYLE UYUMLU HGB DEĞERİ VE FERRİTİN DEĞERİ TARİHİ YOK.)	EPOBEL 5000 IU/0,5 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE;REÇETE TARİHİYLE UYUMLU HGB DEĞERİ VE FERRİTİN DEĞERİ TARİHİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
2	SUPPORTAN DRINK CAPPUCCINO AROMALI 200 ML(300 KCAL)(MALNÜTRASYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	SUPPORTAN DRINK CAPPUCCINO AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	- BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET(BU HASTANIN İLACA BAŞLAMA KRİTERLERİ UYGUN DEĞİLDİR. İLK RAPORU ENDİKASYON DIŞI BELGESİYLE ÖDENMİŞTİR.SONRAKİ RAPORLARDA BU DURUM YOKTUR.) - XARELTO 20 MG 28 FTB(DİĞER RAPORLARI SİSTEM KABUL ETMİYOR.UYUMLU OLDUĞU RAPOR DA SUT A UYGUN DEĞİL)	- BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET;BAŞLANGIÇ HBV DNA DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ İLE 2015 YILINDA TEDAVİYE BAŞLANMIŞTIR. İDAME TEDAVİDE HBS AG DEĞERİNİN BELİRTİLMESİ YETERLİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. - XARELTO 20 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	- TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.) - TOPAMAX 25 MG.60 FILM TB.(4.2.19 - MİGRENDE İLAÇ KULLANIM İLKELERİ İÇİN GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.)	- TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET; İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - TOPAMAX 25 MG.60 FILM TB;RAPORA SONRADAN YAPILAN AÇIKLAMA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
5	- JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.RAPORLARDAKİ AÇIKLAMA EKSİK.) - TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)	- JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE - TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
6	- HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ (ANTI TNF)(HASTA İLACA UZUN BİR SÜRE ARA VERDİĞİ VE BU RAPORDA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ UYGUN OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.) - PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(RAPORDAKİ KALORİ MİKTARINA GÖRE TEKRAR HESAPLANDI)	- HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ;TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE BAŞLANGIÇ RAPORUNA İSTİNADEN BASDAİ DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML; RAPORDAKİ KALORİ MİKTARINA GÖRE (1800 KCAL) 16 KUTUSU KESİLMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
7	VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET(İLACIN DEVAMI İÇİN GEREKLİ GÜNCEL DEĞERLER VE İLAÇ	VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

	BAŞLANGICINDAKİ BAŞLAMA KRİTERLERİ YOK.) - BRADIKANT 30MG / 3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(HASTANIN 1 AY İÇİNDE TOPLAM 4 ENJEKTÖRDEN FAZLA KULLANIMININ OLDUĞU DURUMDA, BUNDAN SONRA DÜZENLENECEK TÜM REÇETELERİN İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.REÇETE ŞANLIURFA AİLE HEKİMLİĞİNDE DÜZENLENMİŞ.) - RIVELIME 20 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL)(EN AZ 2 KÜR STANDART MULTİPLE MYELOM TEDAVİSİ KULLANIM SONRASI HASTALIK PROGRESYONU GELİŞMİŞ HASTALARDA YETERLİ DOZ VE SÜREDE TALİDOMİD VEYA BORTEZOMİB YETERLİ CEVAP ALINAMAYAN HASTALARIN TEDAVİSİNDE KULLANILIR.3.KÜR SONUNDA EN AZ MİNÖR YANIT YOKSA TEDAVİ SONLANDIRILIR.3.KÜR SONUNDA EN AZ MİNÖR YANIT,6.KÜR SONUNDA EN AZ KISMİ YANIT VAR İSE TEDAVİYE DEVAM EDİLİR.TEDAVİNİN DEVAMINDA HER 6.KÜR SONUNDA EN AZ KISMİ YANIT VAR İSE İDAME TEDAVİ OLARAK PROGRESYONA KADAR TEDAVİYE DEVAM EDİLEBİLİR.) - VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPORLARDA İLACA BAŞLANGIÇ DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ.HBVDNA) - BRADIKANT 30MG / 3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(HASTANIN 1 AY İÇİNDE TOPLAM 4 ENJEKTÖRDEN FAZLA KULLANIMININ OLDUĞU DURUMDA, BUNDAN SONRA DÜZENLENECEK TÜM REÇETELERİN İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.) - BRADIKANT 30MG / 3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(RAPORDA C1 ESTERAZ İNHİBİTÖRÜ DÜZEYİ DEĞER OLARAK BELİRTİLMEMİŞ.) - PLAVIX 75 MG 28 FTB(RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.)	- BRADIKANT 30MG / 3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR;REÇETELERDE ERKEN ALIM OLMASINA RAĞMEN REÇETEDDE DOZU AYDA 4 KUTUYU GEÇMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. - RIVELIME 20 MG SERT KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE - VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE - BRADIKANT 30MG / 3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR; REÇETELERDE ERKEN ALIM OLMASINA RAĞMEN REÇETEDDE DOZU AYDA 4 KUTUYU GEÇMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. - BRADIKANT 30MG / 3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR; REÇETELERDE ERKEN ALIM OLMASINA RAĞMEN REÇETEDDE DOZU AYDA 4 KUTUYU GEÇMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE - PLAVIX 75 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	COLASTIN-L 20 MG 30 FILM TABLET(HASTANIN KORONER ARTER RAPORU YOK.)	COLASTIN-L 20 MG 30 FILM TABLET;HASTADA ATROSKLEROTİK KALP HASTALIĞI TANISI RAPOR TARİHİNDE KONULDUĞU MEDULA HASTANE SİSTEMİNDE GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
9	RESOURCE 2.0 FİBRE VANILYA AROMALI 190 ML (380 KCAL) (RAPORDA MAMANIN ADI YAZMIYOR)	RESOURCE 2.0 FİBRE VANILYA AROMALI 190 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
10	FORTIMEL COMPACT FIBRE CİLEK AROMALI 4X125 ML (1200KCAL)(E RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	FORTIMEL COMPACT FIBRE CİLEK AROMALI 4X125 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
11	FORZIGA 10 MG 28 FTB(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)	FORZIGA 10 MG 28 FTB;RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
12	FERVION 100MG/2ML IM ENJEKSİYONLUK COZELTI (2 ML) (FERRUM HAUSMANN 100 MG/ML 2 ML 5 AMP)(RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	FERVION 100MG/2ML IM ENJEKSİYONLUK COZELTI ; RAPORUN AÇIKLAMASINDA YER ALAN İNTESTİNAL MALABSORBSİYON İLE

	REAMPLA 100 MG KAPSUL (21 KAPSUL)(ADJUVAN TEDAVİNİN TAMAMLANMASINDAN 12 AY SONRA NÜKS/METASTAZ GELİŞMİŞ HASTALARDA LETROZOL İLE KOMBİNE OLARAK KULLANILMASI HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ KARŞILANIR.)	İLGİLİ ICD-10 KODU OLMADIGINDAN İTİRAZIN REDDİNE. REAMPLA 100 MG KAPSUL;FEMARA TEDAVİSİ 06/08/2020 TARİHİNDE KESİLDİĞİNDEN VE REAMPLA TEDAVİSİ 02/03/2022 TARİHLİ RAPOR İLE METASTAZ GELİŞTİĞİ İÇİN BAŞLADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
13	- XARELTO 20 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA; BEDELİ ÖDENİR) - GYREX 25 MG 30 FILM TABLET(RAPORDA KETIAPIN FUMARAT AĞIZDAN KATI GÜNDE 1 X 1.0 ADET YAZILI ANCAK 3*1 OLARAK REÇETELENMİŞ)	- XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE - GYREX 25 MG 30 FILM TABLET;02/11/2022 TARİHLİ REÇETEDeki 50 MGLİK DOZU BİTİŞ TARİHİ 04/01/2023 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	URSACTIVE 250 MG 100 KAP(ENDİKASYON UYUMU ARANAN İLAÇLARDANDIR.)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE KATILIM PAYLI ÖDENMESİNE.
15	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI(5 GÜNLÜK TEDAVİ İÇİN DÜZENLENEN 05.12.2022 TARİHLİ ENDİKASYON DIŞI İZNİN SÜRESİ SGK SUT DUYURUSU 2.MD. GÖRE DOLMUŞTUR)	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI;TİTCK NIN 10/02/2023 TARİHLİ DUYURUSU İLE KONUyla İLGİLİ İLAÇ DAİRE BAŞKANLIĞININ 02/ 03/2023 TARİH..... SAYILI YAZISINA GÖRE ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGELERİNİN SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
16	LIPANTHYL 267 M KP.(RAPOR BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN GERİYE DÖNÜK ATİ AY İÇERİSİNDE İLAÇ KULLANIMI BULUNMAMAKTADIR.RAPOR TARİHİ LE UYUMLU LDL TETKİK NETİCESİ GEREKLİDİR.)	LIPANTHYL 267 M KP;31/05/2019 TARİHLİ UYGUN TAHLİL BELGESİNE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
17	- ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA(HASTANIN GÜNCEL DEĞERLERİ OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.) - FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYONA EŞLİK EDEN HASTALIĞI BULUNMAMAKTADIR)	- ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SİRİNGA;GÜNCEL TAHLİL EKLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. - FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML;RAPORDAKİ TANIYA GÖRE ÖDENMESİNE.
18	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI EKLETİLSİN DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.SUT'UN (MADDE 4.2.8.A/2) NOLU MADDESİNE GÖRE BESİN ALIMINDA AZALMA OLUP OLMADIĞINDAN BAHSEDİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML; İADE SONRASINDA RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
19	FORTINI MULTI FİBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(MALNÜTRASYON TANIMI YOK.)	FORTINI MULTI FİBRE CİLEK 200 ML ;KİSTİK FİBROZİS TANISINDA MALNUTRİSYON TANISI ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
20	FORTINI MULTI FİBRE CİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	FORTINI MULTI FİBRE CİKOLATA 200 ML ; 12/08/2022 TARİHLİ RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
21	EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28(REÇETE TARİHİYLE UYUMLU FERRİTİN DEĞERİ E REÇETEDe BELİRTİLSİN.D.YE İADE EDİLDİ EKSİKLER TAMAMLANMADI)	EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28;İADE SÜRESİNDE UYGUN TANI BELGESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
22	DİASİP CİLEK 200 ML(200 KCAL)(E-RAPOR KRİTERLERİ UYGUN DEĞİLDİR.)	DİASİP CİLEK 200 ML(200 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	GALVUS 50 MG 56 TAB(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)	GALVUS 50 MG 56 TAB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

24	NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI YETERSİZ.)	NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	EXCALİBA PLUS 40 MG/ 10 MG/ 12,5 MG 28 FİLM KAPLI TABLET(RAPOR SUT AUYGUN DEĞİL)	EXCALİBA PLUS 40 MG/ 10 MG/ 12,5 MG 28 FİLM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	LETU 2,5 MG 30 FİLM KAPLI TABLET(ENDİKASYON UYUMU ARANACAKTIR.)	LETU 2,5 MG 30 FİLM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	COLASTİN-L 20 MG 90 FİLM TB.(LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)	COLASTİN-L 20 MG 90 FİLM TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(ANJİOTENSİN RESEPTÖR BLOKERLERİNİN DİĞER ANTİHİPERTANSİFLER İLE KOMBİNASYONLARININ KULLANILMINDA; HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.)	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	INSPIRA 25 MG 30 FTB(HASTAYA AİT KRİTERLER BELİRTİLMEMİŞ,SUT İLGİLİ MADDE KOPYALANMIŞTIR.)	INSPIRA 25 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
30	OCTAGAM 10 G/200 ML IV İNFUZYONLUK COZELTİ(5 GRAMLİK FORM İLE ÇAKIŞAN 8 GÜNLÜK ADET KESİLMİŞTİR)	OCTAGAM 10 G/200 ML IV İNFUZYONLUK COZELTİ; 18/01/2023 TARİHLİ 5 GR LİK FORM 8 GÜN ERKEN ALINDIĞINDAN SÜRE EKLEMESİ YAPILMIŞTIR. ÖDENMESİNE
31	LİPİTOR 20 MG.30 TB.(LDL ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)	LİPİTOR 20 MG.30 TB;RAPORA YAPILAN EKLEMeye VE TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
32	FORTİMEL ENERGY ÇİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA BESİN AZALMAYLA İLGİLİ SUT A UYGUN AÇIKLAMA EKSİK.	FORTİMEL ENERGY ÇİLEK AROMALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	ELİQUIS 2,5 MG FİLM KAPLI 56 TABLET(RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.)	ELİQUIS 2,5 MG FİLM KAPLI 56 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	PARKYN 0.250 MG 100 TB(211 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.)	PARKYN 0.250 MG 100 TB;G-25.8 EKSTRAPİRAMİDAL BOZUKLUKLAR VE HAREKET BOZUKLUKLARI TANISI HUZURSUZ BACAĞ SENDROMU İLE İLGİLİ ICD-10 KODU OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
35	TARGOCİD 200 MG.FLAKON(AYAKTA TEDAVİLERDE 10 GÜN SÜREYLE KULLANILMASI HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ KARŞILANIR.) 2S7CLF3-TARGOCİD 400 MG.FLAKON(AYAKTA TEDAVİLERDE 10 GÜN SÜREYLE KULLANILMASI HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ KARŞILANIR.)	TARGOCİD 200 MG.FLAKON;MEDULA İLAÇ BİLGİSİNDE RAPORSUZ 10 GÜN SINIRLAMASI OLDUĞUNDAN VE RAPORLU DURUMUNDA İŞE 10 GÜN SINIRLAMASI OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
36	FİNGYA 0,5 MG 28 KAP(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	FİNGYA 0,5 MG 28 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
37	OROFERON DEPO 80 MG KAPLI TABLET(REÇETEDE 2*1,RAPORDA HAFTADA 3*1)	OROFERON DEPO 80 MG KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
38	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
39	- STELARA 45 MG SC KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR(PASİ YANITI UYGUN DEĞİL.) - FESOR 500 MG DAGILABİLİR TABLET (28 TABLET)(RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ YOK.)	- STELARA 45 MG SC KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR;ÖNCEKİ TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN BAŞLANGIÇ PASİ DEĞERİ OLARAK DEĞERLENDİRİLMİŞTİR. ÖDENMESİNE. - FESOR 500 MG DAGILABİLİR TABLET;SONRADAN EKLENEN FERRİTİN DEĞERİNİN TARİHİ VE BİRİMİ OLMADIĞINDAN VE KOMİSYONA BELGE SUNULMADIGINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
40	RESOURCE JUNIOR FİBRE ÇİLEK AROMALI 190 ML(285 KCAL) (RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR)	RESOURCE JUNIOR FİBRE ÇİLEK AROMALI 190 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	FORTIMEL COMPACT FİBRE ÇİLEK AROMALI 4*125 ML (1200 KCAL) (RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR)	FORTIMEL COMPACT FİBRE ÇİLEK AROMALI 4*125 ML;REÇETE TARİHİNDEN ÖNCEKİ 11/03/2020 TARİHLİ RAPORDA VERİLEN MAMA ADI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
41	THINCAL 120 MG 84 KAP (SUT'UN (MADDE 4.2.18/2). NOLU MADDESİNE GÖRE ; DAHA ÖNCE 4 ARDIŞIK HAFTA BOYUNCA YALNIZCA DİYETLE EN AZ 2,5 KG LİK BİR KİLO KAYBI OLMALIDIR. HASTA DİYET VE EGZERSİZLE 2,5 KG KAYBETTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	THINCAL 120 MG 84 KAP; SADECE DİYETLE EN AZ 2,5 KİLO KAYBETTİĞİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
42	- TREVICTA 525 MG I.M ENJEKSİYON İÇİN UZUN SALIMLI SÜSPANSİYON İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR (RAPORDA ARALIKSIZ EN AZ 4 AY SÜRE İLE PALİPERİDON AYLIK DEPO TEDAVİ İLE KLİNİK OLARAK STABİL HASTA 525 MG DOZ PALİPERİDON 3 AYLIK DEPO İDAME TEDAVİDİR. 24/08/2022 16.30 YAZILI ANCAK SİSTEMDE HASTAYA AYLIK OLARAK İLACIN KULLANIMI GÖRÜLMÜYOR AYLIK OLARAK APIPAZOL KULLANILMIŞ) - DEPREKS 20 MG 24 KAPSUL (SSRI)(RAPORDA FLUOKSETİN HCL GÜNDE 1*1.0 ADET YAZILI ANCAK 2*1 OLARAK VERİLMİŞ.)	- TREVICTA 525 MG I.M ENJEKSİYON İÇİN UZUN SALIMLI SÜSPANSİYON İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR;04/12/2019-23/11/2020 TARİHLERİ ARASINDA PALİPERDON (1 AYLIK DEPO FORMU) KULLANILDIĞINDAN VE 01/02/2022 TARİHİNDE 1 YILDAN UZUN SÜRE ARA VERİLDİKTEN SONRA 3 AYLIK DEPO FORMU BAŞLANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - DEPREKS 20 MG 24 KAPSUL ;REÇETE TARİHİNDEN ÖNCEKİ 09/05/2022 TARİHLİ RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.