

## 26.11.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İtiraz Konusu	Komisyon Kararı
1	SECITA 15 MG 28 FILM TABLET (SSRI) ( hasta raporu 01 2020 çıkmıştır ve Dr 6 ay kullanım ile sınırlandırılmış olup hasta 418 ile almaya devam etmiştir )	SECITA 15 MG 28 FILM TABLET ; PSİKİYATRİ UZMANI RAPOR DÜZENLEDİĞİNDEN PSİKİYATRİ UZMAN HEKİM RAPORUNA GÖRE TÜM HEKİMLER YAZABİLECEĞİNDEN VE RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE
2	UROCARE 3 G GRANUL ICEREN SASE ( ilaç 432 - Alt üriner sistem enfeksiyonu ile ödeme yapılır e- reçetede üriner sistem olarak yazılmış)	UROCARE 3 G GRANUL ICEREN SASE ; UYARI KODU İLE İLGİLİ TEŞHİS E-REÇETEDE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
3	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR ( ilaç verilen rapor 02 2020 tarihli çıkmış ve dr 6 ay kullanım ile sınırlamış hasta 418 ile almaya devam etmiş )	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR ; KURUMUMUZUN 17/07/2020 TARİHLİ DUYURUSUNA GÖRE ÖDENMESİNE
4	<ul style="list-style-type: none"><li>PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET ( teşhis uygun değil )</li><li>RESTOR 10 MG.28 TABLET ( tek ldl değeri ile ödenmez )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>RESTOR 10 MG.28 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>FLUZOLE 150 MG 2 KAPSUL ( sisteme girilen uyarı kodu reçetede yok)</li><li>UROCARE 3 G GRANUL ICEREN SASE ( sisteme girilen uyarı kodu reçetede yok )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>FLUZOLE 150 MG 2 KAPSUL ; E-REÇETEDeki B35.4 VE B37.3 TANILARI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE</li><li>UROCARE 3 G GRANUL ICEREN SASE ; UYARI KODU İLE İLGİLİ TEŞHİS OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</li></ul>
6	WELLBUTRİN XL 300 MG 30 FILM TABLET ( HASTADA HANGİ DURUMUN OLDUĞU BELLİ DEĞİL.MAJOR-ORTA-AĞIR? )	WELLBUTRİN XL 300 MG 30 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
7	FOSAMAX 70 MG.4 TB. ( SEKONDER GELİŞEN OSTEOPOROZDA KMY ÖLÇÜMÜ L1-L4 VEYA L2-L4 VEYA FEMUR BOYNU T SKORU -1'İN ALTINDA OLMALIDIR.)	FOSAMAX 70 MG.4 TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	<ul style="list-style-type: none"><li>ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM ( enbrel 02 2020 tarihinde çıkarılmış ve 6 ay sonra değerlerin tekrar kontrol edilmesi gerekirken 418 ile kullanıma devam edilmiş )</li><li>HUMİRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (humira kullanımı 11/2019 başlanmış olup kullanımı 6 ay ile sınırlanıp değerlerin kontrol edilmesi gerekirken 418 ile kullanıma devam edilmiştir)</li></ul>	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM - HUMİRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ; HER İKİ RETE İLE İLGİLİ KURUMUMUZUN 17/07/2020 TARİHLİ DUYURUSUNA GÖRE ÖDENMESİNE
9	ONGLYZA 5 MG 28 FILM KAPLI TABLET ( sut a uygun açıklama olmadığı için kesildi.)	ONGLYZA 5 MG 28 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
10	<ul style="list-style-type: none"><li>BUSPON 5 MG.50 KAPSUL ( RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞTIR.)</li><li>LIPITOR 20 MG.30 TB. ( HASTA 03/03/2020 DEN ÖNCE İLACI KULLANMAMIŞTIR VE YENİ LDL SONUCU YAZMAMAKTADIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BUSPON 5 MG.50 KAPSUL ; 1500216 NUMARALI RAPOR TANISI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</li><li>LIPITOR 20 MG.30 TB. ; RAPOR ÖNCESİ TEDEVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE</li></ul>
11	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ( 254-İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB ( rapor uygun değil )	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

13	INFATRINI 200 ML(200 KCAL)( rapor düzenleme türü uygun olmaya 03.2020 de çıkarılmış rapora göre hasta 10kg ve 18 ayı tamamlamış).	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) ; KİLOSU VE GÜNCEL YAŞI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
14	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON ( HBlg idame tedavileri için düzenlenen her reçetede HBsAg veya HBV DNA sonuçları yer almalıdır. Güncel sonucun reçeteye eklenmesi gerekir. gerekçesiyle 09.11.2020' de iade yapılmış olup bu sonuçlar eklenmemiştir.)	HEPATECT CP 10 ML.FLAKON ; İADE SÜRESİNDE HBS AG VEYA HBV DNA DEĞERİ EKLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
15	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CEDRINA 150 MG 30 FTB ( ıcd 10 kodu ile ödenmez )</li> <li>• BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET ( 1 yılda en fazla 13 kutu alabileceği için kesildi.)</li> <li>• FINGYA 0,5 MG 28 KAP ( ilacın açıklaması sut a göre yeterli olmadığı için kesildi.istenen kriterler karşılanmamaktadır.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CEDRINA 150 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET ; BİR ÖNCEKİ REÇETE İLE BİRLİKTE 13 KUTU SINIRI AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</li> <li>• FINGYA 0,5 MG 28 KAP ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
16	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (başlangıç tedavi olmadığı için yapılan açıklama uygun değil)	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB ; ÖNCEKİ İLAÇ ALIMI İLE ARASINDA BİR YILDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN, REÇETEDEKİ DETOX AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE
17	<ul style="list-style-type: none"> <li>• APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ( RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.)</li> <li>• TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET ( RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK)</li> <li>• ALYSE 75 MG 56 KAPSUL ( SUT A UYGUN RAPOR SEÇİLDİ VE RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)</li> <li>• JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET ( RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.)</li> <li>• TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ( RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• ALYSE 75 MG 56 KAPSUL ; 10/02/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET ; RAPOR EKSİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE</li> <li>• TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
18	RYTMONORM 300 MG.30 FILM TB. ( RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	RYTMONORM 300 MG.30 FILM TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
19	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ATOR 20 MG.30 TB. ( LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)</li> <li>• JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET ( RAPORDAKİ AÇIKLAMA UYGUN DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ATOR 20 MG.30 TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
20	MIVUX 100 MG 28 FTB ( BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)	MIVUX 100 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BETASERC 24 MG 100 TB ( RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ)</li> <li>• EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB (RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BETASERC 24 MG 100 TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
22	CRESTOR 10 MG.28 TABLET ( İDAME TEDAVİ DEĞİL.İLACA ARA VERİLMİŞ.TEK BAŞINA LDL YETERLİ DEĞİL. )	CRESTOR 10 MG.28 TABLET ; BİR ÖNCEKİ RAPOR İLE ARASINDA 3 YIL OLDUĞUNDAN VE İDAME RAPORU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
23	BONVIVA 150 MG ROCHE 3 FTB ( 4.2.17.A.(4)c)Patolojik kırığı olmayan 65 yaş altı hastalarda; lomber bölgeden posteroanterior yapılan kemik mineral yoğunluk (KMY) ölçümünde lomber total (L1-4 veya L2-4) veya femur total veya femur boynu KMY ölçümünde &#8220;T&#8221; değerlerinden herhangi birinin -3 veya daha düşük olması durumunda,ödenir...Raporda DEXA:L1-4:-2,5 )	BONVIVA 150 MG ROCHE 3 FTB ; GÜNCEL RAPORA UYGUN KMY ÖLÇÜMÜ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JAKAVI 20 MG 56 TB ( hg düzeyi uygun değil ve devam kriterleri yazmıyor. )</li> <li>• CRESTOR 10 MG.28 TABLET ( LDL Sİ UYGUN DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• JAKAVI 20 MG 56 TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• CRESTOR 10 MG.28 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>

25	<ul style="list-style-type: none"> <li>LIPOLIN 600 MG HR 30 FTB ( İLGİLİ AÇIKLAMA RAOPORDA YOK.254 )</li> <li>ALATAB 600 MG 30 FTB (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LIPOLIN 600 MG HR 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>ALATAB 600 MG 30 FTB ; RAPORDA UYARI KODU İLE İLGİLİ İFADE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</li> </ul>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>JAKAVI 10 MG 56 TABLET ( raporda sut a göre eksiklikler var)</li> <li>CITOLES 20 MG.28 FILM TABLET (SSRI) ( rapordaki doz girildi.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>JAKAVI 10 MG 56 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>CITOLES 20 MG.28 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
27 27	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORTIMEL COMPACT PROTEIN CİLEK AROMALI 4X125 ML(1200 KCAL) ( RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR)</li> <li>CUBITAN CİLEK 200 ML(250 KCAL) ( RAPORDA HASTANIN YAŞINA GÖRE MALNÜTRİSYON TANIMI YOK)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FORTIMEL COMPACT - RAPORDA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>CUBITAN - RAPORDA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
28	AVELOX 400 MG.7 FILM TB. ( Reçetede uygun teşhis yok)	AVELOX -213-PNÖMONİ TANISI E-REÇETEDE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
29	<ul style="list-style-type: none"> <li>DUPHALAC 670 MG/ML 300 ML SURUP ( rapor dozu 80ml/gün)</li> <li>JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (rapor sut a uygun değil )</li> <li>CLOGAN 75 MG 28 FTB (hastada iskemik inme veya angiografik olarak belgelenmiş KAH yok)</li> <li>PLANOR 75 MG 28 FILM TABLET (KAH angiografik olarak belgelenmemiş )</li> <li>BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET ( 13 kutuyu geçmiş)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DUPHALAC 670 MG/ML 300 ML; rapor dozu 90 ml eklendiğinden 3*1 girilmiştir. İtirazın reddine.</li> <li>JANUMET -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>CLOGAN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>PLANOR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>BRILINTA; 13/05/2020 TARİHLİ REÇETEYLE BİRLİKTE 13 KUTU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
30	JEVITY PLUS 500 ML (600 KCAL) ( Raporda Jevity plus yok )	JEVITY PLUS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET ( RAPORDAKİ DOZ 1*1 OLDUGU HALDE 2*1 GİRİLMİŞTİR )	DIAMICRON - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB ( RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK)	EXFORGE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	FOSAMAX 70 MG.4 TB. ( RAPORDA KMY ÖLÇÜM TARİHİ YAZMIYOR. )	FOSAMAX-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	<ul style="list-style-type: none"> <li>SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) ( KOMBİNE KULLANIM İÇİN RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA YOK. )</li> <li>ENJEKTOR 5 CC ( RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.)</li> <li>VENOFER AMPUL ( RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ENJEKTOR 5 CC ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>VENOFER AMPUL ; VENOFER -RAPORA</li> </ul>

		YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
35	TARDEN 20 MG.30 FILM TB. ( İLACA ARA VERİLMİŞ.RAPOR İDAME İÇİN UYGUN DEĞİL. )	TARDEN - EKLENEEN LDL SONUCU İLE İLGİLİ TAHLİL BELGESİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
36	GABASET 600 MG 50 FTB ( Sistemde kayıtlı diyabet raporu veya ilacı bulunmamaktadır.Katılım payı kesildi )	RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
37	RESOURCE THICKEN UP CLEAR 125 G ( MAMA ADI RAPORDA YOK. )	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
38	NEUPOGEN 30 MU KUL.HAZIR SIRINGA ( RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK)	RAPORDAKİ MYELODİSPLASTİK SENDROM TANISINDA ÖDENMEYECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
39	MOFECEPT 500 MG 50 FTB ( raporda naklin hangi organa ait olduğu belli değil. )	MOFECEPT S.B. EK ONAY ALINMAYACAK İLAÇLAR LİSTESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
40	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ( RAPOR AÇIKLAMASI YOK.)</li> <li>• INSPRA 25 MG 30 FTB ( RAPOR AÇIKLAMASI EKSİK VE HATALI. )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TRAJENTA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• INSPRA; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
41	POMALEM 3 MG SERT KAPSUL (21 SERT KAPSUL) ( deksametazon ile kullanılması dahilinde ödenir. rapor uygun değil.)	POMALEM; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
42	<ul style="list-style-type: none"> <li>• REMSİMA 100 MG İ.V. İNF.COZ. HAZ. İCİN LİYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLK ( raporda tedaviye yanıt belirtilmemiş. )</li> <li>• MABTHERA 100 MG.10 ML.2 FLAKON ( rapor açıklaması yok. )</li> <li>• MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON ( rapor açıklaması yok.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• REMSİMA, RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>• MABTHERA; S.B. END. DİŞİ KULL. ONAYI ALINMADAN KULLANILACAK LİSTENİN 7. MADDESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
43	WILLCARE İNSULİN KALEM İGNEŞİ 32GX6MM ( Hasta insülin kullanmıyor )	WILLCARE İNSULİN KALEM İGNEŞİ; HASTANIN İNSÜLİN KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
44	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TRİMBOW 87 MCG/5 MCG/9 MCG AEROSOL İNHALASYONU, COZELTİ (120 DOZ) (İKS+LABA+LAMA) ( orta veya ağır koah lı hastalarda ödenir.)</li> <li>• EMEND 3 KAPSUL ( raporda endikasyon uyumu yok )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TRİMBOW; HASTA SON BİR YIL İÇİNDE HİÇ İLAÇ ALIMI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> <li>• EMEND; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
45	ALATAB 600 MG 30 FTB ( RAPORDA OLMAYAN 254 TESHİS KODU SİSTEME GİRİLMİŞ.)	ALATAB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
46	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; sisteme girilen teşhis raporda yok	BENEDAY; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

47	REXAPIN 5 MG.28 FILM TABLET ( Rapordaki doz girildi)	REXAPIN 5 MG; hasta aynı ilacın 5 mg ve 2,5 mg lık formlarını aynı anda kullanıyor. İTİRAZIN REDDİNE.
48	THIOCTACID 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) ( 254 UYARI KODU İLE VERİLMİŞ, RAPOR UYGUN DEĞİL.)	THIOCTACID; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
49	INSPRA 25 MG 30 FTB ( RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.) GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB ( RAPOR AÇIKLAMASI YOK.)	INSPRA; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. GALVUS MET; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
50	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI ( Prospektüs endikasyonuna göre; Kronik Lenfositik Lösemi tanısı olup, hipogammaglobulinemisi bulunan, Multipl Miyelom tanısı olup hipogammaglobulinemisi bulunan, Allogenik hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrasında hipogammaglobulinemi gelişen hastalarda kullanılır. )	OCTAGAM; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
51	OPIREL 75 MG 28 FILM TABLET ( ANJIO SONUCU RAPORDA YOK. )	OPIREL; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
52	REVLIMID 15 MG 21 SERT KAP ( RAPORDA AÇIKLAMADA EKSİKLİK VAR.6 ncı kür sonunda en az kısmi yanıt var ise tedaviye devam edilir.)	REVLIMID; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
53	XARELTO 15 MG 28 FTB ( RAPORDA,ÖNCESİNDE 2 AY VARFARİN KULLANDIĞI YAZMIYOR.)	XARELTO ; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
54	<ul style="list-style-type: none"> <li>• TERA-D3 50.000 IU/15 ML ORAL COZELTI ( SUT -EK-4/E 31- YALNIZCA RUHSATLI ENDİKASYONLARINDA REÇETELENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. )</li> <li>• TERA-D3 50.000 IU/15 ML ORAL COZELTI ( SUT -EK-4/E 31- YALNIZCA RUHSATLI ENDİKASYONLARINDA REÇETELENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.)</li> <li>• COLEDAN- D3 150.000 IU/ 10 ML ORAL DAMLA, COZELTI (1 SISE, 10 ML) ( SUT -EK-4/E 31- YALNIZCA RUHSATLI ENDİKASYONLARINDA REÇETELENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.)</li> </ul>	3 REÇETENİN İADESİNE
55	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MABTHERA 100 MG.10 ML.2 FLAKON ENDİKASYON DIŞI KULLANIM FORMU 2 KÜRLÜK OLDUĞUNDAN KESİLDİ.</li> <li>• MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON 2- ENDİKASYON DIŞI KULLANIM FORMU 2 KÜRLÜK OLDUĞUNDAN KESİLDİ. )</li> </ul>	MABTHERA; ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGELERİ UZATILDIĞINDAN VE REÇETELER HEKİMLER TARAFINDAN YAZILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.

56	ZEROFINE INSULIN KALEM IGNE UCU 31GX5MM ( KULLANILAN İNSULIN DOZLARINA GÖRE AYARLANDI.)	ZEROFINE; GÜNDE 4 KEZ İNSÜLİN KULLANDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
57	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ( ilaç için 04 2020 tarihinde rapor çıkmıştır ilacın kullanıma devam etmesi için değerlerin yeniden kontrol edilmesi gerekir dr 3 ay sınırlama getirmiştir )	HUMIRA PEN ; KURUMUN 17.07.2020 TARİHLİ DUYURUSUNA GÖRE ÖDENMESİNE