

29.09.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	CEPROTİN 500IU ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇİN LİYOFİLİZE TOZ İÇEREN FLAKON (SUT EK-4/F) (..... DURUMLARDA KISA SÜRELİ PROFİLAKSİ AMAÇLI BİR REÇETEDEN FAZLA 7 GÜNLÜK DOZDA KULLANILMASI HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.)	CEPROTİN 500IU ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇİN LİYOFİLİZE TOZ İÇEREN FLAKON; SUT UN EK-4/F-83. MADDESİNİN A BENDİNE GÖRE MEDULADA 7 GÜN SINIRI OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
2	- PREGOMİN AS 400 GR. TOZ(1932 KCAL)(344 UYARI KODUYLA 2 YAŞA KADAR ÖDENİYOR.) - PREGOMİN AS 400 GR. TOZ (1932 KCAL)(RAPOR DOZUNA GÖRE DOZ DÜZELTİLDİ.)	- PREGOMİN AS 400 GR. TOZ; RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE - PREGOMİN AS 400 GR. TOZ;RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
3	HAEMATE-P 500 IU IV ENJEKSİYON/INFUZYON İÇİN TOZ ÇÖZÜCÜ (SUT 4.1.5-4 GEREĞİ ELEKTRONİK REÇETE UYGULAMASI; KIRMIZI, MOR , TURUNCU VE YEŞİL REÇETELERİN ELEKTRONİK REÇETE OLARAK DÜZENLENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. E-REÇETE İLE İŞLEM YAPILMADIĞI GİBİ FATURA EKİNDE KAĞIT REÇETEDEN BULUNMAMAKTADIR.)	HAEMATE-P 500 IU IV ENJEKSİYON/INFUZYON İÇİN TOZ ÇÖZÜCÜ; SUTUN 4.1.5-4 MADDESİ GEREĞİ E-REÇETE DÜZENLENMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
4	CIPRALEX 10 MG.28 FILM TABLET (SSRI)(HASTANIN TEDAVİSİ 6 AY İLE SINIRLANDIRILMIŞ)	CIPRALEX 10 MG.28 FILM TABLET; RAPORDA SÜRE KISITLAMASI OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
5	TARCEVA ROCHE 25 MG 30 FTB(GEN EXON 19 DELESYONU VE/VEYA EXON 21 (L858R) MUTASYONU METASTATİK NONSKUAMÖZ KÜÇÜK HÜCRELİ DİŞİ AKCİĞER KANSERİ HASTALARININ BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİSİNDE VE YUKARIDA TANIMLANAN MUTASYON VE DELESYONU OLAN NONSKUAMÖZ KÜÇÜK HÜCRELİ DİŞİ AKCİĞER KANSERİ HASTALARINDA BİR BASAMAK KEMOTERAPİ SONU PROGRESYONUNDA İKİNCİ BASAMAK TEDAVİSİNDE BEDELİ ÖDENİR BU HASTADA SADECE EXON21 MUTASYONU OLDUĞU İÇİN BİRİNCİ BASAMAK TEDAVİDE KULLANILMASI GEREKİRDİ)	TARCEVA ROCHE 25 MG 30 FTB;S.B ENDİKASYON DIŞI BELGEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	RESOURCE JUNIOR ÇİLEK 200 ML (300 KCAL)(HASTA ELİNDE 25.03.2022 TARİHİNE KADAR MODULEN MAMA MEVCUT. RAPOR KALORİ İHTİYACI 1000 KCAL GÜNDE)	RESOURCE JUNIOR ÇİLEK 200 ML;17.KOM KALAN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
7	ZENTIUS D 60 ÇİĞNEME TABLETİ (AYNI ETKEN MADDEYE SAHİP İKİ İLAÇ AYNI REÇETEDEN VERİLMİŞ)	ZENTIUS D 60 ÇİĞNEME TABLETİ;23 KOM. KALAN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE
8	VEGABON PLUS D 5600 IU 4 TB(T SKORU YETERSİZ.)	VEGABON PLUS D 5600 IU 4 TB; RAPORDAKİ KMY ÖLÇÜMÜ VE AÇIKLAMA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	- PERFOSE 800 MG 180 FTB (RAPORDA KALSİYUM VE FOSFOR ÇARPIMI 55'İN ALTINDA ODMENMEZ.) - IMPACT ORAL RTD TROPİK MEYVE AROMALI 237 ML(334 KCAL)(RAPORDAKİ İLAÇ DOZU 5*1 REÇETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	- PERFOSE 800 MG 180 FTB;RAPORDA BELİRTİLEN CA VE P DEĞERLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE - IMPACT ORAL RTD TROPİK MEYVE AROMALI 237 ML; E-REÇETEDEN TOPLAM 2124 KCAL VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

10	- PERFOSE 800 MG 180 FTB(RAPOR AÇIKLAMASINDA CA-P DEĞERLERİ İKİ AYRI İLAÇ ÖDENME ŞARTLARI İÇİN STANDART ŞEKİLDE YAZILMIŞ ANCAK DEĞERLER UYUMSUZ.RAPOR TARİHLERİNDEKİ CA-P-PTH DEĞERLERİ OLMALI.) - EPOBEL 5000 IU/0,5 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE(İLAÇ DOZU GİRİLDİ.) - PERFOSE 800 MG 180 FTB (RAPOR AÇIKLAMASINDA CA-P DEĞERLERİ İKİ AYRI İLAÇ ÖDENME ŞARTLARI İÇİN STANDART ŞEKİLDE YAZILMIŞ ANCAK DEĞERLER UYUMSUZ.RAPOR TARİHLERİNDEKİ CA-P-PTH DEĞERLERİ OLMALI.) - PERFOSE 800 MG 180 FTB (RAPOR AÇIKLAMASINDA CA-P DEĞERLERİ İKİ AYRI İLAÇ ÖDENME ŞARTLARI İÇİN STANDART ŞEKİLDE YAZILMIŞ ANCAK DEĞERLER UYUMSUZ.RAPOR TARİHLERİNDEKİ CA-P-PTH DEĞERLERİ OLMALI.) - PERFOSE 800 MG 180 FTB (RAPOR AÇIKLAMASINDA CA-P DEĞERLERİ İKİ AYRI İLAÇ ÖDENME ŞARTLARI İÇİN STANDART ŞEKİLDE YAZILMIŞ ANCAK DEĞERLER UYUMSUZ.RAPOR TARİHLERİNDEKİ CA-P-PTH DEĞERLERİ OLMALI.) - VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON (RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.)	- PERFOSE 800 MG 180 FTB;RAPORDAN SONRAKİ İLK PERFORSE ALIMİ 06/07/202 TARİHİNDE OLDUĞUNDAN VE BU REÇETEDKİ CA VE P DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - EPOBEL 5000 IU/0,5 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJ;E-REÇETEDKİ İDAME DOZA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE. - PERFOSE 800 MG 180 FTB;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE - PERFOSE 800 MG 180 FTB; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE - PERFOSE 800 MG 180 FTB; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE - VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON;İDAME RAPORDA AÇIKLAMALR UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
11	- KINZY 10 MG 30 FTB (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.275) - ALVITA INSULIN KALEM İGNESİ 6MMX31G(KULLANDIĞI İLAÇ DOZUDUR.)	- KINZY 10 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - ALVITA INSULIN KALEM İGNESİ 6MMX31G;TEK ÇEŞİT İNSÜLİNİ GÜNDE BİR KEZ KULLANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
12	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(KOMBİNE TEDAVİ İÇİN 3 AY LABA+İKS KULLANMASI GEREKİR KULLANMADIĞI TESPİT EDİLMİŞTİR)	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET;ÖNCEKİ RAPORLA LABA+İKS GRUBU İLAÇ KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
13	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI (HASTANIN 2.REÇETESİ. BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINIP ALINMADIĞI RAPORDA BELİRTİLMEK ŞARTIYLA MAX 0.4-1 G/KG TOTAL DOZ 3 HAFTADA BİR ÖDENİR.)	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE İDAME DOZDA BİR SONRAKİ ALIMLA ÇAKIŞTIĞINDAN 1 GR/KG / 3 HAFTADA 10 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİNE.
14	- LEVEMIR FLEXPEN 100U ML 5X3 ML.(RAPORDAKİ İLAÇ DOZU 1*20 RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.) - ONZYD 8 MG AGIZDA DAGILAN 10 TB (PROSPEKTUSUNE İSTİNADEN 5 GÜNLÜK TEDAVİ ODENDİ)	- LEVEMIR FLEXPEN 100U ML 5X3 ML; RAPOR DOZU ASILDIGINDAN İTİRAZIN REDDİNE - ONZYD 8 MG AGIZDA DAGILAN 10 TB; KEMOTERAPİYİ TAKİBEN 5 GÜNLÜK DOZDA ÖDENDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
15	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA .HASTANIN FORTINI MULTI FIBRE 2X1 200 ML KULLANMASI UYGUNDUR. RAPOR 3	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML MUZ AROMALI;TAMAMI İNCELENSİN ÖNCESİ KESİNTİ OLDUĞUNDAN TEKRAR DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR.

	AYLIK 15/01/2020 11:42 IBARESİ OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ ÖRNEKLEME LİSTESİNDE)	
16	NUTRIVIGOR CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(RAPORDAKİ DOZU VE KALORİSİNE GÖRE FAZLA VERİLMİŞTİR)	NUTRIVIGOR CİLEK AROMALI 220 ML;HER İKŞİ MAMA İÇİN GÜNDE 2*1 DOZU GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.
17	ACTEMRA 162 MG/ 0,9 ML SC ENJ. COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 4 ENJEKTOR(YETERLİ DOZ VE SÜREDE AZATHİOPRİNE, SİKLOFOSFAMİD, METOTREKSAT, MİKOFENOLAT MOFETİL/MİKOFENOLAT SODYUM TEDAVİLERİNDEN EN AZ İKİSİNİN KULLANILMIŞ VE YANIT ALINAMAMIŞ TAKAYASU ARTERİTİ TANILI HASTALARDA ÖDENİR.HASTA ADI GEÇEN TEDAVİLERİN SADECE BİRİSİNİ ALMIŞ.)	ACTEMRA 162 MG/ 0,9 ML SC ENJ. COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR 4 ENJEKTOR;RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
18	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(EN AZ 3 AY SÜREYLE İNHALE KORTİKOSTEROİD (İKS) VE UZUN ETKİLİ SOLUNUM YOLU BETA-AGONİSTLERİ (LABA) VEYA EN AZ 3 AY SÜREYLE, UZUN ETKİLİ SOLUNUM YOLU BETA-AGONİSTLERİ (LABA) VE UZUN ETKİLİ ANTİKOLİNERJİKLER (LAMA) İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR BU HASTAYA KULLANILMASI GEREKEN İLAÇLAR KULLANILMADAN TRELEGY ELLIPA BAŞLANMIŞ)	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET; RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
19	SOLIFAS 10 MG 30 FTB(E-REÇETEDE ORAL OKSİBÜTİNİN İNTOLERANSI BELİRTİLMEDİĞİ HALDE "275 REÇETE KODU" SEÇİLEREK KARŞILANMIŞ.)	SOLIFAS 10 MG 30 FTB; RAPORSUZ REÇETEDE UYARI KODUNDAKİ AÇIKLAMA YER ALMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
20	FORTINI MULTI FIBRE ÇİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.)	FORTINI MULTI FIBRE ÇİKOLATA 200 ML;SUTTA BELİRTİLEN MALNÜTRİSYON TANIMI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
21	- ENJEKTOR 5 CC (RAPORDA PARENTERAL DEMİR PREPARATI KULLANIMI İÇİN GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.) - FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN 5 AMP (RAPORDA PARENTERAL DEMİR PREPARATI KULLANIMI İÇİN GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (ENDİKASYON UYUMU İÇİN HASTALIĞIN EVRESİ BELLİ DEĞİL.)	LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
23	STELARA 130 MG / 26 ML INFUZYONLUK COZELTİ HAZIRLAMAK İÇİN KONSANTRE)(HASTA SADECE İLK DOZU 130MG ALIYOR. SONRAKİ DOZLAR 90 MG OLACAK.(RAPORA GÖRE)	STELARA 130 MG / 26 ML INFUZYONLUK COZELTİ HAZIRLAMAK İÇİN KONSANTRE;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	- ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (RAP FARKLI BES. SOL. MEVCUT.) - NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAP FARKLI BES. SOL. MEVCUT.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	FORTINI MULTI FIBRE ÇİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	FORTINI MULTI FIBRE ÇİKOLATA 200 ML;26/03/2021 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
26	JUDEXA 0,5 MG 28 KAP (EDSS 5,5 VE ALTINDA OLAN, RELAPS VE REMİSYONLA SEYREDEN GÜNCEL MULTİPL SKLEROZ (MS) TANI KRİTERLERİNİ TAŞIYAN HASTALARDA BAŞLANIR.6,5 ÜZERİNDE OLAN MS HASTALARINDA	JUDEXA 0,5 MG 28 KAP; RAPOR AÇIKLAMALARI FİNGOLİMOD MADDESİNİN A BENDİNE UYGUN OLDUĞUNDAN VE E.D.S.S İLE İLGİLİ RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.

	BU TEDAVİLER SONLANDIRILIR BU HASTADA BAŞLANGIÇ VE DEVAN EDSS SKORLARI BELLİ OLMADAN VERİLMİŞ)	
27	- PERFOSE 800 MG 180 FTB (RAPORDA KALSİYUM VE FOSFOR ÇARPIMI 55'İN ALTINDA ODMEMZ.) - IMPACT ORAL RTD TROPİK MEYVE AROMALI 237 ML(334 KCAL)(RAPORDAKİ İLAC DOZU 5*1 RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	- PERFOSE; RAPORDA BELİRTİLEN CA VE P DEĞERLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - IMPACT - E-REÇETEDİ TOPLAM 2124 KCAL VERİLDİĞİNDEN ÖDMEMZİNE.
28	- TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(RAPORDA EN AZ 3AY SÜREYLE İKS VE LABA İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMIYAN HASTA OLARAK BELİRTİLMİŞ ANCAK HASTA BÖYLE BİR TEDAVİ ALMAMIŞ) - PAHTAFİL 20 MG 60 FİLM TABLET (ÜÇÜNCÜ AY KONTROLÜNDE PULMONER ARTERİYEL BASINÇTA (PAB) AZALMA OLMAMASI (PAB'İN DEĞİŞMEMESİ VEYA ARTMASI) HALİNDE VE YUKARIDAKİ VERİLERDE DÜZELME OLMAMASI HALİNDE KOMBİNASYON TEDAVİLERİNE GEÇİLEBİLİR) - MACITRİN 10 MG 28 FİLM KAPLI TABLET(BU HASTALARIN ÜÇ AYLIK TEDAVİ SONRASI KONTROLÜNDE KLİNİK EFOR KAPASİTESİ (6 DAKİKA YÜRÜME TESTİ VEYA TREADMİL EFOR TESTİ), HEMODİNAMİ VEYA EKOKARDİYOĞRAFİK VERİLERİNDE DÜZELME OLMASI VEYA STABİL KALMASI DURUMUNDA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR. HASTA 02/2022 TARİHİNDEN BERİ İLACI KULLANIYOR ÜÇ AY SONRAKİ DURUM RAPORDA BELİRTİLMEYEN İLACA DEVAM EDİLMİŞ)	- TRELEGY ELLIPTA; İLGİLİ RAPOR ÖNCESİNDEKİ RAPOR İLE 3 AYDAN FAZLA LABA+LAMA GRUBU İLAÇ KULLANIMI BULUNMAKTADIR. SUTA UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDMEMZİNE. - PAHTAFİL ; RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDMEMZİNE. - MACITRİN -RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDMEMZİNE.
29	- ELIQUIS 5 MG FİLM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDMENİR.) - ZOLADİX 3.6 MG SUBKUTAN İMPLANT (RAPOR AÇIKLAMASINDA ENDİKASYON UYUMU İÇİN YETERLİ AÇIKLAMA YOK.)(ERKEN -İLERİ EVRE VE DURUMA GÖRE AÇIKLAMA...)	- ELIQUIS 5 MG FİLM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDMEMZİNE - ZOLADİX 3.6 MG SUBKUTAN İMPLANT; RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDMEMZİNE
30	İBANOS 3 MG/3 ML İV ENJEKSİYONLUK COZELTİ(KMY DEĞERİ İSTENEN ARALIKTA DEĞİL.)	İBANOS 3 MG/3 ML İV ENJEKSİYONLUK COZELTİ; RAPORDA BELİRTİLEN L2-L4 DEĞERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDMEMZİNE
31	TİOFİX 18 MCG DISCAİR İNH İCİN TOZ 60 DOZ (LAMA) (ICD-10 KODU J47 ENDİKASYON DİSİ KULLANIM.)	TİOFİX 18 MCG DISCAİR İNH İCİN TOZ 60 DOZ;BRONSEKTAZİ(J47) TANISINDA ÖDMEMZİNE
32	FORTİNİ 1,0 MULTİ FİBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)	FORTİNİ 1,0 MULTİ FİBRE 200 ML MUZ AROMALI;RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDMEMZİNE.
33	FEMARİS PLUS 150 MG/5600 İU FİLM KAPLI TABLET(3 FİLM TABLET)(RAPORDA BELİRTİLMİŞ OLAN KMY SUTTA İSTENEN ARALIK DEĞİL.)	FEMARİS PLUS 150 MG/5600 İU FİLM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMEDİYE GÖRE ÖDMEMZİNE.
	LEVMOİT 5/10 MG 30 FTB(226 UYARI KODUNDAKİ	LEVMOİT 5/10 MG 30 FTB;KAĞİT REÇETEDİ

34	TEŞHİS REÇETEDE YOK)	MEVSİMSSEL ALERJİK RİNİT TANISI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
35	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(HASTA DAHA ÖNCE TEDAVİ ALMAMIŞ DİREK HUMİRA İLE TEDAVİYE BAŞLANMIŞ)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; SUT UN 4.2.1.C-1 -10. MADDESİNE GÖRE SİSTEMİK KORTİKOSTEROİDLER VE/VEYA KLASİK İMMÜNSUPRESİFLER İLE 12 HAFTALIK TEDAVİYE YETERLİ YANIT VERMEYEN VEYA TOLERE EDEMEYEN HASTALARDA VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
36	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(HASTAYA VERİLEN ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
37	THINCAL 120 MG 84 KAP (TEDAVİNİN 12. HAFTASINDAN SONRA RAPORUN YENİLENMESİ GEREKİYORDU)	THINCAL 120 MG 84 KAP;09/08/2022 DE RAPOR YENİLENMİŞTİR. E-REÇETEDeki AÇIKLAMALARA GÖRE ÖDENMESİNE.