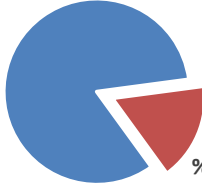


29.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=76

ÖDENEN DOSYA
SAYISI
63

%82,90



%17,10

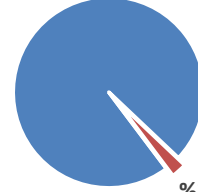
ÖDENMEYEN
DOSYA SAYISI
13

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

29.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
4 006 767,15₺

%97,34



%2,66

ÖDENMEYEN
TUTAR
109 758,28 ₺

- ÖDENEN DOSYA
- ÖDENMEYEN DOSYA
- ÜST KOMİSYONA GİDEN DOSYA

02.10.2025 TARİHLİ 29.İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	VASTAREL MR 35 MG 60 FTB (rapordaki doza göre düzeltildi)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
2	RIVELIME 20 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL) (rapor sut şartlarını karşılamamaktadır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
3	- RESOURCE JUNIOR CİLEK 200 ML(300 KCAL) (dsö kriterlerine göre rapor uygun değil) - MEGACE 160 MG.30 TB.(rapordaki endikasyonuna göre ödenmez)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
4	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) (SİSTEME GİRİLEN RAPORDA İLACIN ADI YOK.SİSTEMDEKİ DİĞER RAPORLADA UYUMSUZ OLDUĞU İÇİN KESİLDİ)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	- COLNAR 10 MG 28 TABLET (1dl tahlil tarihinden sonra ilaç kullanılmadığı için kesildi) - LINIGA 5 MG FILM KAPLI TABLET (rapor sut şartlarına uygun değil)	- RAPORA EKLENEN TAHLİL GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	PEDIASURE PLUS FIBER CİLEK AROMALI 220 ML(330 KCAL) (başlangıç raporu olmadığı için rapor uygun değil)	2019 YILINDAKİ RAPORLA MAMA ALIMI OLMADIĞINDAN, BAŞLANGIÇ KRİTERİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	URSACTIVE 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET (UGEVAL 500 MG 60 FILM KAPLI	KATILIM PAYLI ÖDENDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

	TABLET) (kolesterol safra taşlarının eritilmesi 20 ICD KODLA ödenir)	
8	DILTIZEM SR.90 MG.48 TB. (rapor dozuna düşürüldü)	GÜNCEL RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	LEVOTIRON 125 MCG 50 TB (rap. 1*1 hasta 150 mcg ilaç almış.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
10	FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.) (Rapor uygun değil (SUT 4.2.38-(6))	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	- EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB (rapor sut a uygun değil) - ATOR 40 MG.30 TB. (son 1 yıl içinde ilaca 6 aydan fazla ara verilmiştir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	- POSAGİL 100 MG GASTOREZİSTAN TABLET (rapor sut şartlarına uygun değil) - TOVIAZ 8 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TB (sisteme girilen uyarı kodu raporda bulunmamaktadır.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
13	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (dsö kriterlerine göre malnutrisyon tanımı uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
14	- EYLEA 40 MG/ML INTRAVITREAL ENJEKSİYON İCİN COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (hastaya ait yükleme raporları bulunmamaktadır hasta daha önce ilaç almamış) - LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (hastaya ait yükleme raporları bulunmamaktadır hasta daha önce ilaç almamış)	- RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
15	RESOURCE JUNIOR FIBRE CİLEK AROMALI 200 ML(300 KCAL) (dsö kriterleri)	04.04.2025 TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİ SONRA DSÖ REFERANS DEĞERLERİ DOĞRULTUSUNDA İBARESİ RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
16	PEDIASURE KAKAOLU 220 ML SİSE(220 KCAL) (dsö kriterlerine göre rapor uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
17	- TAVANIC 500 MG.7 FILM TB. (üroloji pnömoni tanısı ile tavanic tb başlamış) - AVELOX 400 MG.7 FILM TB. (Pnömoni tanısı ekleyerek nefroloji uzmanı akut sistit tanısının tedavisine uygun avelox ve urocare şaseyi reçetelemiş)	- RAPORDAKİ TEŞHİSE GÖRE ÖDENMESİNE. - REÇETEDKİ TEŞHİSE GÖRE ÖDENMESİNE.

18	RIPESİL 2 MG FILM KAPLI TABLET (raporda 1*2mg yazılı 1*2 adet olarak sisteme girilmiş)	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
19	- ZARZIO 30 MU/0.5 ML ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (5 ENJEKTOR) (rapordaki teşhisle ödenmez) - ZARZIO 30 MU/0.5 ML ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (5 ENJEKTOR) (rapordaki teşhisle ödenmez) - XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL) (rapor sut şartlarını karşılamamaktadır.)	- KANSER TANISINDA KEMOTERAPİ SONRASI VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE. - KANSER TANISINDA KEMOTERAPİ SONRASI VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	BETMIGA 50 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 FILM TABLET (RAPORDA OLMAYAN 275 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIŞ.)	RAPORDA UYGUN AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
21	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (DPP-4 INH.+METFORMIN) (rapor sut şartlarını karşılamıyor)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (İlacın etkinliği, ilaca başlandıktan 3 ay sonra değerlendirilir. Tedaviye cevap alınmış ve ilaca devam edilecek ise bu durumun belirtildiği.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	IRDAPIN PLUS 150/10/12,5 MG 28 FILM TABLET (rapor sut şartlarına uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL) (dsö kriterlerine göre rapor uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL (UYARI KODUNDAKİ AÇIKLAMA E-REÇETEDe YOK)	UYARI KODUNDAKİ AÇIKLAMA E-REÇETEDe OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
26	EZETROL 10 MG.28 TABLET (27/04/2018 tarihli raporda HASTANIN 6(altı) AY STATİN KULLANMASINA RAĞMEN HEDEFLenen LDL DÜZEYİNE ULAŞILAMAMIŞTIR.LDL :150 26/04/2018(100 ÜN ÜSTÜ OLACAK) yazılı ancak hastaya statin kullanılmadan ezetrol başlanıyor ve 28/03/2023 ile 11/01/2024 tarihleri arasında	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.

	kullanılmamış sonra tekrar reçetelenmeye başlamış)	
27	FORTINI MULTI FIBRE ÇİKOLATA 200 ML (300 KCAL) (dsö kriterleri)	SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ RAPOR OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
28	FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.) (rapor sut şartlarına uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	NGENLA 60 MG/1,2 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (Puberte kıstasları: erkeklerde gonadarj (testis hacimlerinin) 4 ml ve üzerine çıkması, kızlarda T2 düzeyinde telarşın olması pubertenin başlangıcı açıklamasında uygun olan rapora eklenmelidir)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
30	LIPANTHYL 160 MG 30 FTB (Raporda Trigliserit değeri belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
31	OFEV 150 MG 60 YUMUSAK KAPSUL (hastanın sut a göre hangi hastalık grubuna girdiği raporda belirtilmemiş.hastanın tedaviye verdiği cevap raporda bulunmamaktadır.sut a göre rapor uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	GLIVEC 400 MG 30 FILM TABLET (rapor sut kriterlerine göre rapor uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye VE PATOLOJİ SONUCUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
33	LIVERCOL 20 MG 28 FTB (ilaca 6 aydan fazla ara verildiği için kesildi)	LDL SON 6 AY İÇİNDE YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
34	RESOURCE PROTEIN VANILYA AROMALI 200 ML(250 KCAL) (rap. farklı bes. sol. Mevcut)	RAPORDA VERİLEN MAMA ADI GEÇMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
35	ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda bedeli ödenir)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
36	LIPANTHYL 160 MG 30 FTB (raporda trigliserit değeri olmadığı için kesildi)	RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
37	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (12 > HAFTA SÜRE İLE SİSTEMİK KORTİKOSTREİDLER VE KLASİK İMMUNSUPRETİFLERE YANITSIZ TOLERE EDEMEMEKTEDİR." ibaresi hastanın medikal kayıtlarıyla uyumlu değildir. Hastaya ilk Humira başlanmıştır.	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.

	ikinci raporu olup ilk rapor da aynı şekilde düzenlenmiştir.)	
38	< PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(Reçete, rapor ve endikasyon dışı belgesindeki tedavi şemasına göre (Haftada 1*2) olacak şekilde kaydedildiğinde 2 kutu sistem tarafından ödeme dışı bırakılmıştır.)	Reçete, rapor ve endikasyon dışı belgesindeki tedavi şemasına göre (Haftada 1*2) olacak şekilde kaydedildiğinde 2 kutu kesilmiştir. İtirazın reddine.
39	FOSTER 100 MCG/6 MCG AER.INH.COZELT(LABA+IKS) (RAPORDAKİ DOZU=2*1)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
40	CORALAN 5 MG 56 FTB (SUT (Madde 4.2.15.C/1).RAPORDA BELGELENMEMİS.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
41	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF)(Hastanın sistemde kayıtlı "Indometazin" kullanımı yoktur.)	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
42	ALLERGOVIT 015 B IDAME ENJEKSİYONLUK SUSPANSİYON(ömür boyu en fazla 5 defaya mahsus olarak yapılabilir) NOVO-HELISEN DEPOT SC IDAME (EV TOZU AKARI) ENJEKSİYONLUK SUSPANSİYON (ömür boyu en fazla 5 defaya mahsus olarak yapılabilir)	MEVSİM ÖNCESİ ALLERGOİD İMMÜNÖTERAPİ OLMADIĞINDAN VE TEDAVİDE 5 YIL DOLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
43	LINTREJAMET 2.5 MG/1000 MG FILM KAPLI TABLET (60 TABLET)(DPP-4 INH.+METFORMIN) (Rapor uygun değil (SUT 4.2.38 -(4))	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
44	PLAVIX 75 MG 28 FTB ("Kalp kapak biyoprotezi bulunan veya anjiyografik olarak belgelenmiş koroner arter hastalığı olan veya tıkalı periferik arter hastalığı olan veya serebral iskemik olay (iskemik inme) saptanmış olan hastada bedeli ödenir." Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
45	INFATRİN 200 ML(200 KCAL) (dsö kriterleri)	SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCEKİ RAPOR OLUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
46	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (STEMEI olan hasta ancak açıklama NSTMEI tanısına uygun.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
47	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR (1 ADET) (11/03/2025 raporu için; ilaç kullanmakta iken nöks olan durumda sağlık bakanlığı endikasyon dışı ilaç kullanım onayı gereklidir.	RAPORDA TEDAVİYE ARA SÜRESİ İÇİNDE NÜKS GÖZLENMİŞTİR İBARESİ BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

	(12/01/2018 tarih, 89843079-100-E.268047 sayılı omalizumab etken maddeli ilaç kullanımı yazısı)	
48	- CRESTOR 20 MG.28 TABLET (TEDAVİDE ARASI VAR GÜNCEL LDL DEĞERİ ?) - DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL (UYARI KODUNDAKİ AÇIKLAMA E-REÇETEDEN YOK)	26.04.2023 TARİHLİ RAPOR İLE İDAME TEDAVİ ALINDIĞINDAN ÖDENMESİNE. - UYARI KODU AÇIKLAMASI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
49	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) (hasta kombinasyon tedavi alıyor ve raporda sutta istenen açıklama yok.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
50	- FOTEROL-B 6 MCG/100 MCG AEROSOL INH 120 DOZ (LABA+IKS) (laba lama iks 3 lü kombinasyonuna göre rapor uygun değil) - SPIRACT 18 MCG INHALASYON TOZU (30 KAPSUL) (LAMA) (laba lama iks 3 lü kombinasyonuna göre rapor uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
51	GENOTROPIN 36 IU (12 MG) GOQUICK ENJ. SOL. ICIN TOZ VE COZ. ICEREN KULL. HAZIR KALEM (raporda yetersiz açıklama;Ötiroid hastalarda uygulanan büyüme hormonu uyarı testlerinden en az ikisine (laboratuvarın kriterlerine göre) yetersiz yanıt alınarak izole büyüme hormonu eksikliği veya büyüme hormonunun diğer hipofiz hormonlarının eksikliği ile birlikte olması)	İDAME KRİTERLERİ UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
52	BENVİDA 100 MG 56 FTB (rapor sut şartlarına uygun değil)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
53	FORTINI MULTI FİBRE CİKOLATA 200 ML (300 KCAL) (DSÖ kriterlerine göre VKİ 2 standart sapmanın altında ise bedeli ödenir)	RAPORADAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
54	EZETEC PLUS 10 MG/40 MG FİLM KAPLI TABLET (30 TABLET) (03/06/2025 TARİHLİ RAPORDA LDL :151 26,05,2025 ANCAK SADECE 1 KUTU STATİN KULLANMIŞ. ÇOK ÖNCE STATİN ALIMI VAR (2017DE) ANCAK STATİN İLACINA 6 DAN FAZLA ARA VERDİĞİ İÇİN TEDAVİYE ÖNCE STATİN BAŞLANMALIYDI. 6 AY STATİN KULLANIMINDAN SONRA LDL 100'ÜN ALTINA DÜŞMEZSE EZETİMİB BAŞLANIRSA ÖDENİR.)	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
55	NORVASC 10 MG.30 TB. Rapor dozu 1*1'dir. İlaç alım tarihinde hastanın	RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

	elinde 5 mg.lik formu mevcuttur. Doz aşımından dolayı ödeme dışı bırakılmıştır. - ATOR 10 MG 90 FILM TABLET(Bu raporla ilaç alımından önce, ilaç kullanımına 6 aydan fazla ara verilmiştir. İdame tedavi değildir, başlangıç kriteri aranır. Başlangıç kriterlerine göre değerlendirildiğinde güncel LDL değeri bulunmadığı için ödeme dışı bırakılmıştır. (Rapor başlangıcından beri ilaçlar aynı eczaneden temin edilmiştir.) - LIPANTHYL 160 MG 30 FTB (SGKF1D - Fenofibrat etken maddesinin raporlu maksimum dozu 1*1'dir. Hastanın elinde Fepatil 267 mg varken aynı eczaneden bu ilaç temin edildiğinden ödeme dışı bırakılmıştır.)	- RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. - İKİ FARKLI FORM VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
56	SOMATULINE AUTOGEL 120 MG UZATILMIŞ SALIMLI ENJ COZ ICEREN KULL HAZIR SIRINGA (yeterli açıklama raporda yok)	AKROMEGALİ TANISINDA VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
57	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL) (dsö kriterleri)	SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ RAPOR OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
58	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA) (sut şartlarına uygun değı)	04/07/2025 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
59	FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL) (raporda malnutrisyon tanımı uygun değil)	SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCEKİ RAPORDA İSTEMSİZ KİLO KAYBI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
60	- NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML (02.06.2025 tarihli GÜNCEL RAPORDA DOZ 3X15 ÜNİTEDİR. (REÇETE DOZU 3X30) DOZ 3X15 OLARAK DÜZELTİLDİ, KESİNTİ OLUŞTU.) - KINZY 5 MG 30 FTB("oral oksibutinin intoleransı " reçeteye esas 02.08.2024 tarihli raporda veya e-reçetede belirtilmemiş.)	- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
61	XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (Başlangıç raporu 8 hafta olarak uygulanmış olup 12 haftaya tamamlanmadan devam kararı alınmış (Ayrıca geçmişte kullanılmış, en az 24 hafta süreyle antihistaminik tedavi bulunamamıştır	RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.

62	JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET (SGLT2 INH.) (rapor sut şartlarını karşılamıyor)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
63	JANDARK 5 MG 56 FILM KAPLI TABLET (rapor kriterleri sut a uygun değil.anti tnf ajanı kullanıp kullanmadığı raporda belirtilmemiştir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
64	VAZIDIN MR 35 MG 60 FILM KAPLI MODIFIYE SALIM TAB (rapordaki doza göre düzeltildi)	GÜNCEL OLAN SON İKİ RAPORDA DOZ 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
65	RESOURCE PROTEIN CİLEK AROMALI 200 ML(250 KCAL) (Besin alımında azalma (1 hafta süreyle enerji ihtiyacının %50'sinden az alım veya 2 hafta süreyle alımda herhangi bir azalma veya besin sindirimini/emilimini bozan herhangi bir gastrointestinal sistem hastalığı) olduğunun raporda belirtilmesi gerekir. Belirtilmediği için ödeme dışı bırakılmıştır.)	RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

