

06.01.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	KIOVIG 10 GR/100 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM ICIN COZELTI ICEREN FLK (1- RAPOR UYGUN DEĞİL. 2- 18.11.2021 TARİHİNDE DÜZENLENEN RAPORDA STERİİDE VE IVIG DİRENÇLİ KRONİK İTP YAZMAKTADIR. 3- KAĞIT REÇETE DÜZENLENMİŞTİR. <SUT 4.1.5 (4) KIRMIZI, MOR, TURUNCU VE YEŞİL REÇETELERİN ELEKTRONİK REÇETE OLARAK DÜZENLENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. KIRMIZI, BEDELLERİ; KURUMUN RESMİ İNTERNET SİTESİNDE, MEDULA SİSTEMİNDEN KAYNAKLANAN ... DUYURUSUNA İSTİNADEN KURUMCA KARŞILANIR.)	KIOVIG-SUT UN 4.1.5-4. MADDESİ GEREĞİ KAĞIT REÇETE BEDELLERİ KARŞILANMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	<ul style="list-style-type: none">AFINITOR 10 MG 30 TB (RAPORDA İLAÇ KULLANIM ŞARTLARI YOK.)REVOLADE 5 MG 14 FTB (KANAMALI KRONİK İMMUN TROMBOSİTOPENİK PURPURA HASTALARINDA TEDAVİYE BAŞLANIR. TROMBOSİT SAYISINA GÖRE DOZ AYARLANIR VEYA SONLANDIRILIR.)	<ul style="list-style-type: none">AFINITOR 10 MG 30 TB;RAPORDA NÖROENDOKRİN TÜMÖR İLE İLGİLİ, EN AZ BİR BASAMAK TEDAVİ SONRASINDA (RADYOAKTİF İŞARETLİ OCTREOTİD UYGULANMIŞSA EN AZ 6 AY GEÇMİŞ OLMASI VE/VEYA KEMOEMBOLİZASYON YAPILMIŞSA EN AZ 6 AY GEÇMİŞ OLMASI VE/ VEYA KARACİĞER METASTAZINDA RADYOFREKANS ABLASYON YAPILMIŞSA EN AZ 2 AY GEÇMESİ)KOŞULU BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.REVOLADE 5 MG 14 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	ARANESP 80 MCG 4 KULL HAZIR ŞİRINGA (AĞIRLIK 80 KG,0,61 MCG/KG/HAFTA OLDUĞU İÇİN 50 MCG'LİK ARANESP VERİLMELİ İKEN 80 MCG'LİK VERİLMİŞ.)	ARANESP 80 MCG 4 KULL HAZIR ŞİRINGA;GELEN GÖRÜŞE GÖRE VE DOKTOR BEYANINA GÖRE ÖDENMESİNE.
4	VEXPERDA 360 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (KOMBİNE KULLANIMI KONTRENDİKE)	VEXPERDA ; DEFARAPİRON İLE KOMBİNE KULLANIMI KONTRENDİKE OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
5	<ul style="list-style-type: none">EPORON 2000 IU/0,5 ML KULL HAZIR 5 ENJEKTOR(GUNCEL HB DEGERI BELGELENMEMİS.)EPORON 10000 IU/1,0 ML KULLANIMA HAZIR 5 ENJEKTOR(GUNCEL HB DEGERI BELGELENMEMİS.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	EMOCLOT-DI 500 IU (FACTOR 8) 1 FLK (RAPORA GÖRE TOPLAM 10500 IU KULLANIMI PLANLANMIŞ)	EMOCLOT-DI 500 IU -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	NANOGAM 10 G/200 ML IV INF ICIN COZ ICEREN FLK (END. DIŞI İZİN İLE RAPOR DOZUNA GÖRE 75 KG OLAN HASTANIN AYDA 150 GRAM ALMASI GEREKİR)	NANOGAM 10 G/200 ML IV INF ICIN COZ ICEREN FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
9	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (GUNCEL "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPİAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİ BELGELENMEMİS.)	SUBOXONE; İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

10	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (T DEĞERİ UYGUN DEĞİL)	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
11	TEMOMID 100 MG 5 KAP (PROSPEKTÜSE GÖRE RADYOTERAPİ 42 GÜN VERİLİYOR. 15.12.2021 DE ALDIĞI İLAÇLA 42 GÜNÜ DOLDURUYOR.)	TEMOMID- RAPORA YAPILAN EKLEMeye VE PROSPEKTÜSÜNDEKİ EŞZAMANLI TMZ TEDAVİSİ AŞAĞIDAKİ BAZI DURUMLARIN SÜRDÜRÜLEBİLECEĞİNDEN İFADESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none"> GONAPEPTYL 0,1 MG/ML 7 ENJ. SOL.(AŞILAMA YAPILMADAN TÜP BEBEK UYGULAMASINA GEÇİLMİŞ.) MERIOFERT 75 IU ENJEKSİYONLUK COZELTI ICIN LIYOFILIZE TOZ (1 FLAKON+1 COZUCU AMPUL) (MERIONAL 75 IU(AŞILAMA YAPILMADAN TÜP BEBEK UYGULAMASINA GEÇİLMİŞ.)) GONAL-F 450 IU (33 MCG) 0.75 ML.FLK (AŞILAMA YAPILMADAN TÜP BEBEK UYGULAMASINA GEÇİLMİŞ.) CETROTIDE 0.25 MG.LIYOFILIZE 1 FLK... (AŞILAMA YAPILMADAN TÜP BEBEK UYGULAMASINA GEÇİLMİŞ.) OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR (AŞILAMA YAPILMADAN TÜP BEBEK UYGULAMASINA GEÇİLMİŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> SUT UN 2.4.4.İ-1-1 - IVF ENDİKASYONLARI 1) ERKEK FAKTÖRÜ MADDESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
13	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU SISTEME GIRILMIŞ.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	FERROSEL 100 MG/5 ML IV INF ICIN KONS COZ ICEREN 5 AMP(FEEROSSEL;SUT'UN MADDE 4.2.41 NOLU MADDESİNE İSTİNADEN RAPORDAKİ EKSİKLİK 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE GİDERİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	FERROSEL 100 MG/5 ML IV INF ICIN KONS COZ ICEREN 5 AMP; RAPORDAKİ E74 KODUNA GÖRE ÖDENMESİNE.
15	AVIRAVIR 1 MG FILM KAPLI TABLET (30 FİLM KAPLI TABLET)(HASTA RAPORUNDA İLAÇ DOZU 0,5MG/GÜN E DÜŞÜRÜLMÜŞ. AYRICA İLACA BAŞLAMA KRİTERLERİ VE İLAÇ DEĞİŞİM NEDENLERİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ)	AVIRAVIR 1 MG FILM KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
16	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET(İADE EDİLDİĞİ HALDE RAPORDAKİ EKSİKLER GİDERİLMEDİ)	JANUMET- İADE SONRASI EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTIRAZIN REDDİNE.
17	IBANOS 150 MG 3 FTB (OSTEOPOROZDA İLAÇ TEDAVİSİ, DÜZENLENECEK RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE SON İKİ YIL İÇİNDE YAPILAN KEMİK MİNERAL YOĞUNLUK (KMY) ÖLÇÜMÜYLE PLANLANIR.)	IBANOS ; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE
18	KIOVIG 20 GR/200 ML IV INF ICIN COZ ICEREN FLK(IIVIG İLE EŞ ZAMANLI ASA KULLANIMI YOKTUR)	KIOVIG 20 GR/200 ML IV INF ICIN COZ ICEREN FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
19	<ul style="list-style-type: none"> ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (RAPORDAKİ AÇIKLAMA SUT A GÖRE EKSİK. ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER HASTALARDA ÖDENİR.) XARELTO 15 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER HASTALARDA ÖDENİR.) BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 	<ul style="list-style-type: none"> ELIQUIS 2,5 MG -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. XARELTO- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. BONVIVA- RAPORDAKİ FWEMUR T SKORUNA GÖRE ÖDENMESİNE.

	ADET (RAPORDA SUTTA İSTENEN BÖLGELERİN KMY SONUCU YOK.)	
20	LEVONT 5/10 MG 30 FTB (226-UYARI KODUNU DOĞRULAMAYAN REÇETE)	LEVONT; E-REÇETEDDE YER ALAN ALLERJİK ASTİM TANISI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
21	FEMARA 2.5 MG 30 FTB (ENDİKASYON UYUMU TESPİT EDİLEMEDİ.)	FEMARA 2.5 MG 30 FTB; - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
22	<ul style="list-style-type: none"> VALAMOR 200 MG FİLM KAPLI TABLET (63 TABLET)(HASTANIN ENDİKASYON DIŞI BELGESİ GÖRÜNTÜLENEMEDİ.) TİODİK 600 MG FİLM KAPLI TABLET (30 FİLM KAPLI TABLET)(DİYABETİK PERİFERAL POLİNÖROPATİ / DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRI DA ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> VALAMOR 200 MG FİLM KAPLI TABLET; SUT UN 4.2.14-C-DDD-1-A MADDESİNE UYGUN RAPOR OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. TİODİK -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	TIOPATİ-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FİLM TABLET (254 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	TIOPATİ-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FİLM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
24	TIOPATİ 600 MG 30 FİLM TABLET (254 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	TIOPATİ 600 MG 30 FİLM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	FEROUT 360 MG 30 FİLM KAPLI TABLET (TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU <3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN <300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.DEVAM KRİTERİNİ KARŞILAMAYAN RAPOR.)	FEROUT 360 MG 30 FİLM KAPLI TABLET; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
26	INSARA 25 MG 30 FTB(EK4/F MADDE 58. E GÖRE ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMAYAN RAPOR)	INSARA 25 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
27	<ul style="list-style-type: none"> MELOX FORT 10 TB(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ) BONVIVA 150 MG FİLM KAPLI TABLET 3 ADET (RAPORDA GEÇERLİ OLAN BÖLGENİN KMY Sİ YAZMIYOR) OFEV 150 MG 60 YUMUSAK KAPSUL (BAŞLANGIÇ FVC %58 VE ŞİMDİKİ %52 OLDUĞUNDAN %10 ÜZERİ DÜŞÜŞ OLMUŞ GÖRÜNÜYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> MELOX ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE BONVIVA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. OFEV; BAŞLANGIÇ FEV E GÖRE % 10 DÜŞÜŞ OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.