

07.07.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">XARELTO 20 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYEL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	NEXIUM 40 MG.28 TABLET(E-REÇETEDE TEDAVİ SÜRESİ 30 GÜN DİYE BELİRTİLDİĞİNDEN 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)	NEXIUM 40 MG.28 TABLET; E-REÇETEDE TEDAVİ SÜRESİ İLE İLGİLİ SÜRE BELİRTİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
3	EFFIENT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET (RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.GENELLEME YAPILAN DURUM.)	EFFIENT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	EXJADE 250 MG SUDA DAGILABİLEN 28 (. TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU <3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN <300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.DEVAM KRİTERİNİ KARŞILAMAYAN RAPOR.)	EXJADE 250 MG SUDA DAGILABİLEN 28 ;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
5	<ul style="list-style-type: none">DARZALEX 400 MG/20 ML INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN KONSANTRE (HAFTALIK DOZU AŞIYOR.ÖNCESİ VE SONRASI DOZ HATALI GİRİLMİŞ.RAPORDA PATOLOJİ-SİTOLOJİ TARİHİ-NUMARASI-MERKEZİ YOK.)DARZALEX 100 MG/5 ML INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN KONSANTRE (HAFTALIK DOZU AŞIYOR.ÖNCESİ VE SONRASI DOZ HATALI GİRİLMİŞ.RAPORDA PATOLOJİ-SİTOLOJİ TARİHİ-NUMARASI-MERKEZİ YOK.)ALATAB 600 MG 30 FTB (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)DARZALEX 400 MG/20 ML INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN KONSANTRE (1*2 HAFTADA DÜZELTİLDİĞİNDE, BİTİŞ TARİHİ 2NZ1KK8 NUMARALI REÇETEDeki İLACIN İLAÇ ALIM TARİHİNİ AŞMIŞTIR.)DARZALEX 100 MG/5 ML INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN KONSANTRE (1*2 HAFTADA DÜZELTİLDİĞİNDE, BİTİŞ TARİHİ 2NZ1KK8 NUMARALI REÇETEDeki İLACIN İLAÇ ALIM TARİHİNİ AŞMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">DARZALEX 400 MG/20 ML INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN KONSANTRE; HAFTALIK 1000 MG DOZU AŞIMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.DARZALEX 400 MG/20 ML INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN KONSANTRE; HAFTALIK 1000 MG DOZU AŞIMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
6	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYEL FİBRİLASYONLU HASTALARDA;ÖDENİR.)	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)XARELTO 15 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYEL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET (ICD 10 KODU UYGUN DEĞİLDİR.)	TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET; GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN GÖRÜŞ YAZISINA İSTİNADEN İLACIN MEDULADA KAYITLI ICD-

		10 KODU BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
9	GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK (DAHA ÖNCE İG TEDAVİSİ (07.12.2020/145788 RAPOR) OLAN HASTA. İDAME ÜZERİNDEN DOZ HESAPLANDI)	GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK; TEDAVİDE 1 YIL ARA OLDUĞUNDAN RAPORA EKLENEN BAŞLANGIÇ DOZ AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE
10	<ul style="list-style-type: none"> • FEROUT 360 MG 30 FILM 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.) • SIMPONI 50 MG ENJ. COZ.İCEREN KUL. HAZIR 1 KALEM (ANTI TNF)(BİRİ MAKSİMUM DOZDA İNDOMETAZİN OLMAK ÜZERE EN AZ ÜÇ FARKLI NONSTEROİD ANTİENFLAMATUAR İLACI MAKSİMUM DOZLARDA EN AZ 3 AY KULLANILMASINA RAĞMEN.....ŞEKLİNDE BAŞLAYAN ÖDEME KOŞULU İÇİN BAKILDIĞINDA HASTANIN BU İLAÇLARI KULLANMADAN SİMPONİ BAŞLADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN BEDELİ ÖDENMEDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • FEROUT 360 MG 30 FILM KAPLI TABLET;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. • SIMPONI 50 MG ENJ. COZ.İCEREN KUL. HAZIR 1 KALEM; RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
11	IMPACT GLUTAMİN 500 ML(565 KCAL)(RAPORDA İLAC ADI YOK)	IMPACT GLUTAMİN 500 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP (275 - ORAL OKSİBUTİNİNE YANIT ALINAMAYAN YA DA TOLERE EDEMeyEN HASTALARDA ÖDENİR.)	MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"> • GALVUS 50 MG 56 TAB(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.) • FEMARIS PLUS 150 MG/5600 IU FILM KAPLI TABLET(3 FILM TABLET) (BELİRTİLEN KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> • GALVUS 50 MG 56 TAB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • FEMARIS PLUS 150 MG/5600 IU FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	KIOVIG 10 GR/100 ML IV INFUZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTI İCEREN FLK (MAX 2 GÜNLÜK DOZ ÖDENİR)	KIOVIG 10 GR/100 ML; TEDAVİDE 1 YIL ARA OLDUĞUNDAN VE YENİDEN BAŞLANGIÇ TEDAVİSİ OLDUĞU RAPORA EKLENDİĞİNDEN 3 GÜNLÜK DOZDA ÖDENMESİNE
15	JEVITY PLUS 500 ML (600 KCAL)(RAPORUN AÇIKLAMALAR KISMINDAKİ DOZ 2*1,REÇETEDe 4*1.AYRICA RAPORDAKİ GÜNLÜK KALORİ İHTİYACI AŞILMIŞ.)	JEVITY PLUS 500 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSUL (RAPORDAKİ DOZ ÖDENDİ.)	PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSUL;RAPORDA 2*3 MG DENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
17	IG-VENA N IV 50MG/ML 200 ML 1 FLK (İADE SONRASI EKSİK DÜZELTME) (HASTA YETERLİ SÜRE STEROİD TEDAVİSİ ALMAMIŞTIR)	IG-VENA N IV 50MG/ML 200 ML 1 FLK ;İLK RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
18	DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI)(11.04 TEŞHİS KODLU RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİM TARAFINDAN ÇIKARILMIŞTIR.6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILMASI GEREKEN DURUMLARDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN YAZILMASI GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	DULOXX 30 MG 28 KAP;6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
19	<ul style="list-style-type: none"> • ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (ERİŞKİN İCİN MALNÜTRASYON TANIMI UYGUN DEĞİL.) • RESOURCE PROTEIN CİLEK AROMALI 200 ML(250 KCAL) (ERİŞKİN İCİN MALNÜTRASYON TANIMI UYGUN DEĞİL.) • RESOURCE DIABET CİLEK AROMALI 200 	<ul style="list-style-type: none"> • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	ML(200 KCAL)(ERİŞKİN İÇİN MALNÜTRASYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	
20	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(HASTA HEMODİYALİZ HASTASI.TEDAVİDE DİYALİZ PAKETİNE DAHİL İLAÇ.BEDELİ ÖDENMEDİ.)	OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ;RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
21	FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)(ICD- 10 KODU UYGUN DEĞİL.RAPORDA MALNÜTRASYON TANIMI YOK.)	FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML; KİSTİK FİBROZİS TANISINDA MALNUTRİSYON TANISI ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
22	LEVOTIRON 50 MCG 50 TABLET (HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.)	LEVOTIRON 50 MCG 50 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	EZETEC PLUS 10 MG/20 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET) (EZATOR 10/20 MG 30 FTB)(HASTANIN GERİYE DÖNÜK 6 AY STATİN KULLANIMINA RASTLANMADI)	EZETEC PLUS 10 MG/20 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none"> • INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(HASTA 2 YAŞ ÜSTÜ OLDUĞU İÇİN ÖDENMEZ) • INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(HASTA 2 YAŞ ÜSTÜ OLDUĞU İÇİN KESİLDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • INFATRINI; HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ HASTA 2 YAŞ ÜSTÜ VE 14 KG GEÇTİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
25	<ul style="list-style-type: none"> • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR (LUCENTİS 10MG.İLE TEDAVİYE DEVAM EDİLMESİNE YÖNELİK KRİTERLER YETERSİZDİR.) • XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA) • GLINIUM 50 MCG INHALASYON TOZU, SERT KAPSUL (30 ADET)(LAMA)(GERİ ÖDEME KRİTERLERİNİ KARŞILAMAMAKTADIR4.2.24 - SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI İLAÇLARI KULLANIM İLKELERİ) • ATOR 80 MG 30 FILM KAPLI TB.(GERİ ÖDEM KRİTERLERİNİ KARŞILAMAMAKTADIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • LUCENTIS ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • XOLAİR ; RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • GLINIUM-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • ATOR ; İKİNCİ LDL DEĞERİ KESİNTİDEN SONRA EKLENMESİNE RAĞMEN RİSK FAKTÖRLERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> • DYLOXIA 60 MG 28 KAP (RAPORDAKİ DOZU=60 MG / GÜN) • PATYCA 800 MG 50 CENTIKLI FTB(RAPORDAKİ DOZ=800 MG / GÜN) 	<ul style="list-style-type: none"> • DYLOXIA 60 MG; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • PATYCA 800 MG-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.