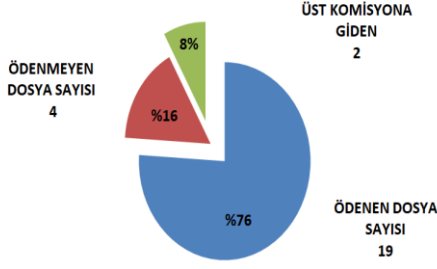


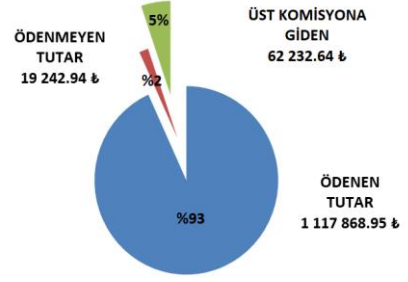
29.İTİRAZ KOMİSYONU

■ 1. ÖDENEN DOSYA SAYISI ■ 2. ÖDENMEYEN DOSYA SAYISI ■ 3. ÜST KOMİSYONA GİDEN ■ 1. ÖDENEN TUTAR ■ 2. ÖDENMEYEN TUTAR ■ 3. ÜST KOMİSYONA GİDEN

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=25



29.İTİRAZ KOMİSYONU



07.12.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDAKI İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">ALATAB 600 MG 30 FTB(RAPORDA OLMAYAN 254 TESHİS KODU SİSTEME GİRİLMİS.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDA UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">SYMRA 75 MG 56 KAPSUL(NÖROPATİK AĞRIDA ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">SYMRA; RAPORDA NÖROPATİK AĞRILA İLGİLİ TANI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">NUTRISON ADVANCED CUBİSON 500 ML(500 KCAL)(HASTANIN MAMA İLE İLGİLİ RAPORLARINDA NUTRİSİON ADVANCED ADLİ MAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">NUTRISON ADVANCED; 03/12/2021 TARİHLİ RAPORDA MAMA ADI BULUNMAMAKTADIR. 23/05/2023 TARİHLİ RAPORDA İŞE KALORİ MİKTARI DEĞER KISMINDA 1300 KCAL SINIRLANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">ALVASTİN 20 MG 90 FİLM TABLET(LDL DEĞERİ BELGELENMEMİS.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA EKLENEN LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN (İDAME TEDAVİ DEĞİL) İTİRAZIN REDDİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">İBANOS 3 MG/3 ML İV ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ(KMY ÖLÇÜM SONUCU UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">KMY ÖLÇÜMÜ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE

7	<ul style="list-style-type: none">• NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML(RAPOR DOZU 3*20)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">• OMNITROPE 10 MG (30 IU)/1,5 ML ENJ. ICIN SOLUSYON ICEREN 1 KARTUS(EN AZ 6 AY SÜREYLE BÜYÜME HIZI İZLENDİKTEN SONRA REÇETE EDİLMELİ.)	<ul style="list-style-type: none">• OMNITROPE ; RAPORDA HASTANIN 11.10.2022 İTİBAREN İZLENDİĞİ, İZLEMDE 8 AYDA 3,9CM UZAMASI (5,8CM/YIL)VE DİĞER BULGULARI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">• IG-VENA N IV 50MG/ML 200 ML 1 FLK(10 GR)(10.07.2023 TARİHLİ TİTCK DUYURUSU (SUT KAPSAMINDA 4.1.4 - REÇETELERE YAZILABİLECEK İLAÇ MİKTARI, C MADDESİNDE "SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN VERİLEN ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIM ONAYLARINDA, BU ONAY İÇİN SÜRE BELİRTİLMEMİŞ İSE RAPOR YENİLENMESİNDE YENİ ONAY ARANMAZ. BU SÜRE HİÇBİR ŞEKİLDE 1 YILI GEÇEMEZ." İBARESİ YER ALDIĞINDAN; KULLANIM ONAYLARI UZATMALAR DAHİL TOPLAMDA 1 YILI GEÇMEYECEKTİR.)	<ul style="list-style-type: none">• IG-VENA- 16/08/2023 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">• ALVASTIN 20 MG.30 FILM TABLET(LDL 60 ODenmez.)	<ul style="list-style-type: none">• ALVASTIN ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye VE İDAME TEDAVİYE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">• VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(ENDİKASYON DIŞI BELGESİ YOK)	<ul style="list-style-type: none">• VALAMOR ; YUPASS NUMARALI HASTAYA AİT ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

13	<ul style="list-style-type: none">• INFERJECT 500 MG/10 ML I.V. ENJEKSİYON/INFUZYON İCİN COZELTİ (1 ADET) (FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK)(SUT UN 4.2.41 NOLU MADDESİNDEKİ ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMAYAN RAPOR.)• GONAL-F 900 IU KUL.HAZIR ENJ.KALEMI(KAÇINCI SİKLUS OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.)• OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR(KAÇINCI SİKLUS OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• INFERJECT -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">• BENVİDA 150 MG 56 FTB(LAKOZAMİD; 16 YAŞ VE ÜZERİNDEKİ PARSİYEL BAŞLANGIÇLI EPİLEPSİ HASTALARINDA İKİNCİL JENERALİZE OLAN VEYA OLMAYAN NÖBETLERİN TEDAVİSİNDE, EN AZ İKİ ANTİEPİLEPTİK İLACIN EN AZ 6 AY SÜREYLE TEK BAŞINA VEYA KOMBİNE KULLANIMINDAN SONRA TEDAVİYE YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA EK TEDAVİ VEYA MONOTERAPİ OLARAK, BAŞLANABİLİR.HASTANIN İLAÇ GEÇMİŞİ BU KULLANIMI DOĞRULAMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">• 28/08/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE İŞLEM YAPILMASINA.
15	<ul style="list-style-type: none">• STELARA 45 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(ENDİKASYON DIŞI İLAÇ KULLANIM İZİN BELGESİNDE;HASTANIN RAHATSIZLIĞI OLAN PSORİAZİS VULGARİS TANISININ TEDAVİSİNDE USTEKİNUMAB ETKİN MADDELİ İLACIN KULLANIMI İLE İLGİLİ OLARAK;TALEP EDİLEN İLAÇ HASTA ÖZELLİKLERİNE UYAN DURUMLARDA ÜLKEMİZDE RUHSATLANDIRILDIĞINDAN TİTCK KURUMUNA BAŞVURU YAPILMASINA GEREK BULUNMADIĞI BELİRTİLMEKTEDİR.MEDULADA İLAÇ KARTI BİLGİSİNE GÖRE PSÖRIAZİS VULGARİS TANISI 18 YAŞ ÜZERİ HASTALARDA ÖDENİR.HASTA 13 YAŞINDA OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">• STELARA-PSORİAZİS TANISINDA 18 YAŞ SINIRI BULUNMAKTADIR. 22/06/2023 TARİHLİ S.B. BELGESİNDE İLAÇ İCİN İZİN VERİLMEDİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.

16	<ul style="list-style-type: none">JINARC 30 MG 28 TABLET(GFR<25 ML/DK OLDUĞUNDA İLAÇ SONLANDIRILIR 2022 TARİHİNDEKİ GFR DEĞERİ İLE İLAÇ VERİLMEYE DEVAM EDİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">JINARC 30 MG -EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">CETROTIDE 0.25 MG.LIYOFİLİZE 1 FLK...(NORMAL OVARYAN YANITLI HASTA GRUBUNDA IVF TEDAVİSİ ÖNCESİ IUI İŞLEMİ YAPILMIŞ OLMASI ŞARTI ARANIR.) GONAL-F 450 IU KUL.HAZ.1 ENJ.KALEMİ(NORMAL OVARYAN YANITLI HASTA GRUBUNDA IVF TEDAVİSİ ÖNCESİ IUI İŞLEMİ YAPILMIŞ OLMASI ŞARTI ARANIR.) OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR(NORMAL OVARYAN YANITLI HASTA GRUBUNDA IVF TEDAVİSİ ÖNCESİ IUI İŞLEMİ YAPILMIŞ OLMASI ŞARTI ARANIR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDA BELİRTİLEN SUT UN 2.4.4.İ-1-1 - IVF ENDİKASYONLARI MADDESİNDEKİ ERKEK FAKTÖRÜNE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE CİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(MALNÜTRASYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">GYREX 25 MG 30 FILM TABLET(G44.2 ICD-10 KODU İLE ODENMEZ.)TARDEN 20 MG.30 FILM TB.(6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS.ESKİ LDL DEGERI İLE ODENMEZ.)	<ul style="list-style-type: none">GYREX ; RAPORDAKİ TANILARA GÖRE PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ OLMASI GEREKTİĞİNDEN ÖDENMESİNE.TARDEN- EKLENEN TANI İLE İLGİLİ GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE .
20	<ul style="list-style-type: none">KAPEDA 500 MG 120 FTB(21 GÜNDE 8X14 OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDE;KAPEDA 500 MG 120 FTB ADLI İLACIN BİTİŞ TARİHİ 305YKEY NUMARALI REÇETEDEKİ İLACIN İLAÇ ALIM TARİHİNİ AŞMIŞTIR (NOT:TYKERB 14 GÜNDE BİR FATURA EDİLEBİLİRKEN KAPEDA'DA 21 GÜNLÜK SIKLUSLARLA 112 TB FATURA EDİLMELİYDİ)	<ul style="list-style-type: none">KAPEDA; TÜM REÇETELER HAK SAHİPLİĞİ BÖLÜMÜNDE 21/GÜNDE 14*8 OLARAK DÜZELTİLMİŞTİR. ÖDENMESİNE.

21	<ul style="list-style-type: none">• VOXUS 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET(BAŞLANGIÇ KRİTERİ BELLİ OLMAYAN HASTA)	<ul style="list-style-type: none">• VOXUS- ANTİVİRAL TEDAVİ ALMAKTA OLAN HBSAG POZİTİFLİĞİ DEVAM EDEN HASTALARDA; KLİNİK, LABORATUVAR, GÖRÜNTÜLEME VE GEREKMEŞİ HALİNDE KARACİĞER BİYOPSİSİ VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ SONUCUNDA VERİLECEK KARARA GÖRE TEDAVİYE DEVAM EDELEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none">• TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET(RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU SİSTEME GIRILMIS.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">• ENJEKTOR 5CC (72 SAATİ GEÇTİĞİNDEN AİLE HEK YAZAMAZ.) NOVOSEF 1GR. IM FLAKON (72 SAATİ GEÇTİĞİNDEN AİLE HEK YAZAMAZ.)	<ul style="list-style-type: none">• 2023-25 KOM.KALAN; GÖRÜŞ SORULMUŞTUR. AYNI ECZANE TARAFINDAN 23/08/2023 TARİHLİ REÇETEYLE BİRLİKTE 72 SAATİ AŞAN DOZDA VERİLEN İLAÇLA İLGİLİ EHU ONAYI BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
24	<ul style="list-style-type: none">• UNAMITY 4 MG FILM KAPLI TABLET (14 TABLET) (UNAMITY MONOTERAPİ OLARAK VEYA METOTREKSAT İLE KOMBİNASYON HALİNDE KULLANILABİLİR. (LEFLUNOMID (AYNI ATC SINIFI) İLE KOMBİNE EDİLMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• UNAMITY; RAPORA EKLEME YAPILMIŞTIR. AYRICA PROSPEKTÜSÜNDE LEFLUNOMID İLE KOMBİNE KULLANIM ÇALIŞMASI YAPILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.