



08.02.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"> ADVATE 500 IU/5 ML IV ENJ ICIN LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLK(HASTA KAYDINDA 12.01.2024 E KADAR FAKTÖR 8 500IU 2*1 DOZDA MEVCUTTUR. RAPOR DOZU AŞILAMAYACAĞINDAN 500 IU İLE ÇAKIŞAN ADET KESİLMİŞTİR) 	<ul style="list-style-type: none"> ADVATE 500; 1000 U DEN SONRA 9 GÜN ERKEN ALIM BİTİŞ SÜRESİNE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE DIABET CİLEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(HASTA 77 YAŞINDA OLUP MALNUTRİSYON TANIMI ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNA GÖRE YAPILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none"> CERTICAN 0.25 MG.60 TABLET(RAPORDAKİ DOZU= 2*1 / 2 GÜNDE) MOFECEPT 500 MG 50 FTB(RAPORDAKİ DOZU=2*1/ 2 GÜNDE) 	<ul style="list-style-type: none"> CERTICAN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. MOFECEPT-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none"> ELIGARD 45 MG ENJ. COZ. ICIN S.C. TOZ İCEREN SİRİNGA VE COZ. İCEREN SİRİNGA(HASTALIĞIN EVRESİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN ENDİKASYON UYUMLARI TESPİT EDİLEMEDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none"> NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML(HASTANIN EN SON RAPORUNDA NOVORAPİD 3X15 OLARAK BELİRTİLMİŞ HASTAYA 3X25 VERİLMİŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPOR UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

7	<ul style="list-style-type: none">PRADAXA 150 MG 60 SERT KAPSUL(SUT UN 4.2.15 /D NOLU MAADESİNE GÖRE ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMAYAN RAPOR)	<ul style="list-style-type: none">17/04/2023 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">TEBOKAN SPECIAL 30 FILM TABLET(RAPOR DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DUZELTİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">TEBOKAN SPECIAL; GÜNCEL RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP(BINOCRIT İÇİN İŞLEM YAPILDI. SİSTEM FERICOSE KESİNTİSİ YAPTI.)	<ul style="list-style-type: none">FERICOSE-MEDULA İLAÇ BİLGİSİNDE MAKSİMUM ÖDENEN SÜRE 1 HAFTA OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA KAKAO/ÇİLEK/MUZ/VANİLYA ADLI ENTERAL BESLENME ÜRÜNÜNDEN ORAL YOLLA KARŞILAYACAKTIR. YAZILI İSİM BELİRTİLMEYEN FORTINI MULTI FIBER ÇIKIŞI YAPILMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNÜTRİSYON TANIMI SUT A GÖRE EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL(275 UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORSUZ REÇETEDe UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(26.11.2021 TARİHLİ RAPORUNDA BESLENME SOL. ADI BULUNMAMAKTADIR, 02.08.2023 TARİHLİ RAPORUN İSE BU İLAÇ İÇİN RAPOR SÜRESİ DOLDUĞU İÇİN SİSTEM İZİN VERMEMEKTEDİR.)	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY -26.11.2021 TARİHLİ RAPORUNDA BESLENME SOL. ADI BULUNMADIĞINDAN VE 02.08.2023 TARİHLİ RAPORUN İSE BU İLAÇ İÇİN RAPOR SÜRESİ DOLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">MAJİSTRAL İLAÇ(ZARFTA OLMAYAN REÇETE)	<ul style="list-style-type: none">MAJİSTRAL-KAĞIT REÇETE EKSİKLİĞİ GİDERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">ENSURE PLUS MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDA IMPACT GLUTAMİN 500 ML 5X1 YAZILI ANCAK ENSURE PLUS VERİLMİŞ HASTANIN 31/05/2023 VE 12/09/2023 TARİHLİ RAPORLARININ SÜRESİ DOLMUŞ VE 2020 TARİHLİ RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

17	<ul style="list-style-type: none">• ALVASTIN 20 MG 90 FILM TABLET(STATİN BAŞLANGIÇ KOŞULLARI RAPORDA YER ALMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">• ALVASTIN; GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">• HAEMATE-P 500 IU IV ENJEKSİYON/INFÜZYON İCİN TOZ VE ÇÖZÜCÜ(RAPOR SÜRESİ (4500 ÜNİTEYİ GEÇMESİ GEREKTİĞİ DURUMLARDA, BU DURUMA SEBEP OLAN GEREKÇELERİN BELİRTİLECEĞİ 6 AY SÜRELİ YENİ RAPOR DÜZENLENİR.) DOLMUŞ, SİSTEMDE PROFLAKSİ RAPORU YOK/DÜZENLENMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE PROFLAKTİK OLARAK İŞLEM YAPILMASINA.
19	<ul style="list-style-type: none">• FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ DOZA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ. ÖRNEKLEME LİSTESİNDE)• REGEN-D 150 MCG JEL(TEDAVİSİ ÖNCESİNDE UYGULANAN KONVANSİYONEL TEDAVİLER VE UYGULAMA SÜRELERİ SAĞLIK KURULU RAPORUNDA BELİRTİLMEMİŞ.)• REGEN-D 150 MCG JEL(TEDAVİSİ ÖNCESİNDE UYGULANAN KONVANSİYONEL TEDAVİLER VE UYGULAMA SÜRELERİ SAĞLIK KURULU RAPORUNDA BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• FORTIMEL ENERGY-TAMAMI İNCELENSİN ÖNCESİ KESİNTİ TEKRAR DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR.• REGEN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• REGEN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">• URSOVEF 750 MG 30 FILM KAPLI TABLET(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR)	<ul style="list-style-type: none">• URSOVEF ; KARACİĞER NAKLİNDE PROFLAKTİK OLARAK VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none">• HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(RAPORDA DEVAM KRİTERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none">• ADEMPAS 2 MG 42 FILM KAPLI TABLET(VENTİLASYON PERFÜZYON SİNTİGRAFİSİ, PULMONER ANJİYOGRAFİ, ÇOK KESİTLİ SİRİAL BT ANJİYOGRAFİ VEYA MANYETİK REZONANS ANJİYOGRAFİ YÖNTEMLERİNDEN EN AZ İKİSİ İLE TROMBOEMBOLİ TANISI KONULMUŞ OLMALI.HER(HER) ÜÇ AYLIK TEDAVİ SONUNDA EGZERSİZ KAPASİTESİNDE (6 DAKİKA YÜRÜME TESTİ) DÜZELME OLMASI/STABİL KALMASI VEYA DSÖ FONKSİYONEL SINIFINDA İYİLEŞME OLMASI/STABİL KALMASI HALİNDE TEDAVİYE DEVAM EDİLİR.)	<ul style="list-style-type: none">• ADEMPAS; RAPORDA VENTİLASYON PERFÜZYON (V/Q) SİNTİGRAFİSİ VE PULMONER BT ANJİYOGRAFİ YAPILDIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN VE DEVAM KRİTERİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

23	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(HASTANIN 03/06/2022 VE 06/12/2022 TARİHLİ BESLENME SOLUSYON RAPORLARININ SURESI DOLMUŞ OLDUĞU İÇİN 2019 TARİHLİ RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILARAK VERİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR ; UZATILAN RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR81/*250 MCG OLAN DOZU 1*250 ADET OLARAK GIRILMIŞ 1*1 OLARAK DUZELTİLİNCE SİSTEM TARAFINDAN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">OVITRELLE; E-REÇETEDKİ DOZA GÖRE 3 HAFTADA 1*1 GİRİLMİŞ VE 3 AYLIK DOZ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(RAPOR SURESI 05/12/2023 DE DOLUYOR VE 07/12/2023 TARİHİNE KADAR BESLENME SOLUSYONU VERİLDİĞİ İÇİN 8 ADEDİN BEDELİ ÖDENMEDİ)FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL)(09/05/2022 VE 06/11/2023 TARİHLERİNDE YENİ BESLENME SOLUSYONU RAPORU ÇIKARILMIŞ 31/05/2021 TARİHLİ RAPORLA VERİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">NUTRISON; RAPOR BİTİŞ TARİHİNE GÖRE 2 GÜNLÜK BEDEL ÖDENMEMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.FORTINI MULTI FIBRE ; YENİ RAPORLARLA FARKLI MAMA ALINMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none">HYDREA 500 MG. 100 KAPSUL (HİDROKSİÜRE ALIRKEN ANEMİ GELİŞTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILDI.)	<ul style="list-style-type: none">HYDREA; 2023-21. KOM. KALAN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE KOMBİNE KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.

