

09.07.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (ENDİKASYON DIŞI.)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">KETOSTERİL 100 FILM TB. (ALBUMİN DÜZEYİ 4 DEN YÜKSEK.)METRİN 100 ML TIBBİ SAMPUAN (ALBUMİN DÜZEYİ 4'DEN YÜKSEK .)METRİN %5 LOSYON (120 ML) (ALBUMİN DÜZEYİ 4'DEN YÜKSEK .)	<ul style="list-style-type: none">KETOSTERİL 100 FILM TB; ALBUMİN DÜZEYİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.METRİN 100 ML TIBBİ SAMPUAN ;ÖDENMESİNEMETRİN %5 LOSYON; ÖDENMESİNE
3	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL 267 M KP. (RAPORLU HASTALARDA RAPORUN YENİLENMESİ DURUMUNDA, DAHA ÖNCE ALINMIŞ İLACIN TEMİNİNE ESAS OLAN BİR ÖNCEKİ RAPORUN DÜZENLENME TARİHİ VEYA TEDAVİYE BAŞLAMA TARİHİ VE BAŞLAMA DEĞERLERİNİN RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKİR.)ABAVİR 245 MG 30 FTB (SUT 4.2.13-2 MADDESİ GEREĞİ HEPATİT TEDAVİSİNDE DAHA ÖNCE KULLANILAN İLAÇLAR, TANI, TEDAVİYE BAŞLAMA VE KESİLME KRİTERLERİ GİBİ BİLGİLERİN RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.)TRILEPTAL 60 MG/ML ORAL SUSPANSİYON (TEK DOZ MİKTARI 1 ML=60 MG DIR. DOZ BUNA GÖRE DÜZELTİLİNCE OTOMATİKMAN OLUŞAN KESİNTİ	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL 267 M KP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.ABAVİR 245 MG 30 FTB; İLGİLİ RAPORDA BAŞLANGIÇ VE İLAÇ GEÇİŞ KRİTERİ İLE İLGİLİ EKSİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.TRILEPTAL 60 MG/ML ORAL SUSPANSİYON;DOZ DÜZELTİMİ UYGUN OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POŞET (2.670 KCAL) (KATILIM PAYLI ÖDENDİ.)RESOURCE PROTEİN VANILYA AROMALI 200 ML (250 KCAL)(KATILIM PAYLI ÖDENDİ)	<ul style="list-style-type: none">03/04/2020 TARİHLİ RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">PHYSIONEAL 40 %2.27 CLEARFLEX PERİTON DİYALİZ COZELTİSİ 5000 ML (ESRA ÇEKİ ADINA SİSTEM ÇIKTISI KURUMA GÖNDERİLMİŞ ANCAK ÜZERİNDE KUPÜRLER YOKTUR.ÖRNEKLEME ZARFINDA VEYA ÇUVALDA BAKILDI,YOKTUR.)EXTRANEAL PERİTON DİYALİZ COZELTİSİ (2500 ML TEKLİTORBA) (E.... Ç.... ADINA SİSTEM ÇIKTISI KURUMA GÖNDERİLMİŞ ANCAK ÜZERİNDE KUPÜRLER YOKTUR. ÖRNEKLEME ZARFINDA VEYA ÇUVALDA BAKILDI,YOKTUR.)	<ul style="list-style-type: none">KAREKOD İŞLEM İZİN BUTONU KULLANILARAK İŞLEM YAPILMASINA.

6	IMMUNORHO 300 MCG(1500IU)2 ML ENJ. (4.1.5 - ELEKTRONİK REÇETE UYGULAMASI) ((4) (DEĞİŞİK:RG-4/9/2019-30878 MÜKERRER)(123) KIRMIZI, MOR, TURUNCU VE YEŞİL REÇETELERİN ELEKTRONİK REÇETE OLARAK DÜZENLENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. KIRMIZI, MOR, TURUNCU VE YEŞİL MATBU REÇETELERİN BEDELLERİ; KURUMUN RESMİ İNTERNET SİTESİNDE, MEDULA SİSTEMİNDEN KAYNAKLANAN NEDENLERLE (BELİRTİLEN SÜRELERDE) ELEKTRONİK REÇETELERİN DÜZENLENMEDİĞİ DUYURUSUNA İSTİNADEN KURUMCA KARŞILANIR.)	IMMUNORHO 300 MCG;E-REÇETE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (HASTA İKİ YAŞIN ÜZERİNDE VE HERHANGİ BİR ALLERJİSİ BULUNMAMAKTADIR)	INFATRINI 200 ML;HASTA YAŞI 18 AYLIĞI GEÇTİĞİNDEN VE RAPORA EKLENEN İFADE UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">• OXEPA 500 ML.(750 KCAL) (SON ÇIKARILAN RAPORUNDA KESİLEREK BAŞKA MAMA BAŞLANMIŞ)• ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) (SON ÇIKARILAN RAPORUNDA KESİLEREK BAŞKA MAMA BAŞLANMIŞ)	<ul style="list-style-type: none">• GÜNCEL RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	ZEROFINE İNSULİN KALEM İGNE UCU 31GX4MM (HASTA GÜNDE 3 DEFA İNSÜLİN KULLANIYOR)	ZEROFINE İNSULİN KALEM İGNE UCU 31GX4MM ;İKİ FARKLI İNSÜLİNİ GÜNDE 4 KEZ KULLANDIĞI İLAÇ LİSTESİNDE GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE
10	SANDİMMUN NEO.25 MG.50 KPS. (RAPORDA 3*4 ADET HASTA 100MG 3*4 İLACINI ALMIŞ)	SANDİMMUN NEO.25 MG.50 KPS;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	FINGYA 0,5 MG 28 KAP (BEKLENEN BELGE İLE İLACA BAŞLANAMAZ)	FINGYA 0,5 MG 28 KAP ;EKLENEN ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">• LEVOTIRON 50 MCG 50 TABLET (RAPORDA 1*1 HASTA 25 MCG TAB İLACINI ALMIŞ)• ULTROX 10 MG 28 FİLM TABLET (RAPORDAN ÖNCE HASTA 6 AYDAN FAZLA ARA VERİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">• LEVOTIRON 50 MCG 50 TABLET ; 25 MCG LİK FORM 20/05/2020 TARİHİNDE BİTTİĞİNDEN ÖDENMESİNE.• ULTROX 10 MG 28 FİLM TABLET;06/03/2018 TARİHLİ RAPORUYLA ARA VERİLMEDİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
13	ATOR 20 MG.30 TB. (HASTANIN 2015 RATİHLİ RAPORUNDA LDL SONUCU YOK. İADEME TEDAVİ ŞARTLARINI KARŞILAMIYOR.BEDELİ ÖDENMEDİ.)	ATOR 20 MG.30 TB; 13/02/2018 TARİHLİ RAPORDA ÖNCEKİ RAPOR 12/06/2016 TARİHİNDE BİTTİĞİNDEN VE İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	KWELLADA LOTION 120 CC (PROSPEKTÜSTEKİ KULLANIMINA İSTİNADEN 1 KUTU ÖDENDİ.)	KWELLADA LOTION 120 CC ;SKABİYEZ TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.

15	DYLOXIA 30 MG 28 KAP (RAPOR NÖROLOJİ UZMANINCA DÜZENLENDİĞİ HALDE REÇETE KAYDI SİSTEME PSİKİYATRİ UZMANI OLARAK GİRİLMİŞ)	DYLOXIA 30 MG 28 KAP ;REÇETE 418 KODUYLA KRONİK HASTALIK HEKİMİ OLARAK GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
16	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE ÖDENİR)	INFATRINI 200 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	OPSUMIT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET (RAPOR BOŞ.)	OPSUMIT 10 MG 28 FILM KAPLI TABLET ; 14/10/2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE (SÜRESİ UZATILDIĞINDAN) ÖDENMESİNE.
18	SUTENT 50 MG 14 KAPSUL (SİTOKİN (İNTERFERON VEYA İNTERLÖKİN) SONRASI PROGRESYON OLAN HASTALARDA ENDİKEDİR.)	SUTENT 50 MG 14 KAPSUL ;ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
19	URSOVEF 750 MG 30 FTB (K76.0 YAĞLI KARACİĞER İLE ÖDENMEZ)	URSOVEF 750 MG 30 FTB ; RAPOR TANI KISMINDA UYGUN ICD-10 VE TANI KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
20	PRILAM DR 10 MG/ 10 MG DEĞİSTİRİLMİŞ SALIMLI 30 TABLET (E-REÇETEDA GEBELİK TANISI OLMADIĞI HALDE 253-GEBELİK UYARI KODU GİRİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	PRILAM DR 10 MG/ 10 MG DEĞİSTİRİLMİŞ SALIMLI 30 TABLET ; E-REÇETEDA PROVİZYON TİPİ ANALIK HALİ OLDUĞUNDAN VE MEDULA HASTANE SİSTEMİNDEN GEBE OLDUĞU TESPİT EDİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
21	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (GÜNCEL DAS28 DEĞERİ RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ)	CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB (RAPOR SUTA UYGUN DEĞİL.)	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL) (RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)FORTIMEL COMPACT PROTEIN CILEK AROMALI 4X125 ML(1200 KCAL) (RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	BENEDAY ENTRERİK KAPLI TABLET (RAPORDA İLGİLİ AÇIKLAMA YOK.)	BENEDAY ENTRERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">CANHERA 150 MG TEK DOZLU LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLAKON (GÜNDE 300 MG KULLANDIĞI İÇİN KESİLDİ.)AZADIN 100 MG SC ENJ SUSP İCİN TOZ İCEREN 1 FLK (GÜNÜBİRLİK TEDAVİ OLDUĞU İÇİN SİSTEME DOZ YANLIŞ GİRİLMİŞ, DÜZELTİNCE KESİNTİ OLDU)	<ul style="list-style-type: none">CANHERA 150 MG TEK DOZLU LIYOFİLİZE TOZ İCEREN FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.AZADIN 100 MG SC ENJ SUSP İCİN TOZ İCEREN 1 FLK; SUTUN 4.1.2-3. MADDESİ GEREĞİ 1 KÜRLÜK İLAÇ VERİLEBİLECEĞİNDEN (1 KÜRDE TOPLAM 14 KUTU) ÖDENMESİNE.

24	BENVIDA 100 MG 56 FTB (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 ALINMAYAN HASTALARDA EK TEDAVİ OLARAK, BU DURUMLARIN BELİRTİLDİĞİ NÖROLOJİ UZAMN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TÜM UZMAN HEKİMLERCE REÇETE EDİLEBİLİR.)	BENVIDA 100 MG 56 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
-----------	---	---