

## 10.12.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İtiraz Konusu	Komisyon Kararı
1	TUTAST SANOHALER 18 MCG INHALASYON İCİN TOZ (30 DOZ) (LAMA) ( Hastaya çıkan bu ilk rapordan önce sistemde kayıtlı ,inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ilacı bulunmamaktadır.LAMA'sı kesildi)	TUTAST SANOHALER 18 MCG INHALASYON İCİN TOZ ; 08/10/2020 TARİHLİ RAPOR İLK KOAH RAPORU VE İLAÇ LİSTESİNDE DAHA ÖNCE LABA+İKS KULLANIMI GÖRÜLMEDİĞİNDEN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
2	VASTAREL MR 35 MG 60 FTB ( raporda uygun icd10 kodu yok ve ilaç süresi dolmamış )	VASTAREL MR 35 MG 60 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
3	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICİN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM ( raporda, ilaçları maksimum dozda kullandığı yazmıyor.)	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICİN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
4	ALBUMAN 200 MG/ML 100 ML IV INFUZYON İCİN COZELTI ICEREN FLK ( Rapor veya reçetede albumin ölçüm tarihi olmalıdır gerekçesiyle iade yapılmış olup rapora albümin ölçüm tarihinin 6.11.2020 olduğu belirtilmiştir. Reçete tarihi 09.11.2020' dir. Güncel sonuç ile 3 günlük dozda ödenir. )	ALBUMAN 200 MG/ML 100 ML IV INFUZYON İCİN COZELTI ICEREN FLK ; İADE SONRASI REÇETE TARİHİNDE ALBÜMİN DÜZEYİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
5	FOSAMAX 70 MG.4 TB. ( SEKONDER GELİŞEN OSTEOPOROZDA KMY ÖLÇÜMÜ L1-L4 VEYA L2-L4 VEYA FEMUR BOYNU T SKORU -1'İN ALTINDA OLMALIDIR.)	FOSAMAX 70 MG.4 TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
6	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ( RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
7	CRESTOR 10 MG.28 TABLET ( İLACA AİT RAPOR ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMIYOR. )	CRESTOR 10 MG.28 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	<ul style="list-style-type: none"><li>TOVIAZ 4 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TB ( 275 uyarı kodundaki teşhis rapor veya reçetede yok.rapordaki endikasyon uygun değil</li><li>TANSIFA 16/10 MG 28 FILM TABLET (rapor sut a uygun değil )</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TOVIAZ 4 MG 28 UZATILMIS SALIMLI TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>TANSIFA 16/10 MG 28 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
9	SUNDRÖP-D3 150.000 IU/10 ML ORAL DAMLA, COZELTI ( W19 DÜŞME ile ödenmez.Yalnızca ruhsatlı endikasyonlarında reçetelenmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır) (EK-4/E-13/31)	SUNDRÖP-D3 150.000 IU/10 ML ORAL DAMLA, COZELTI ; REÇETENİN İADESİNE
10	<ul style="list-style-type: none"><li>PLAVIX 75 MG 28 FTB ( MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMAYAN HASTA açıklaması ile bedeli ödenmez)</li><li>TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET (Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda reçete edilebilir.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PLAVIX 75 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ; UYGUN İFADE OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</li></ul>
11	PRADAXA 110 MG 60 SERT KAP ( rapor sut a göre eksik.)	PRADAXA 110 MG 60 SERT KAP ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	PINGEL 75 MG FILM TB. ( Rapor açıklaması yok.Tıkayıcı perif.art.mi?iskemik inme mi belirtilmemiş. )	PINGEL 75 MG FILM TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	<ul style="list-style-type: none"><li>VASTAREL 20 MG.60 TB. ( RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ. )</li><li>FOSAMAX 70 MG.4 TB. ( RAPORDA KMY ÖLÇÜM TARİHİ YAZMIYOR. )</li><li>VASTAREL 20 MG.60 TB. ( RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>VASTAREL 20 MG.60 TB. ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>VASTAREL 20 MG.60 TB.; TANI KODU UYGUN OLMADIĞINDAN VE RAPORUZ ERKEN ALAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>FOSAMAX 70 MG.4 TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>FRESUBIN ENERGY DRINK MUZ AROMALI (1X200ML) (300 KCAL) ( raporda mamanın tam adı yazmıyor. )</li><li>SIMPONI 50 MG ENJ. COZ.ICEREN KUL. HAZIR 1 KALEM ( raporda, ilaçların maksimum dozda kullanıldığı yazmıyor.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>FRESUBIN ENERGY DRINK MUZ AROMALI (1X200ML) (300 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>SIMPONI 50 MG ENJ. COZ.ICEREN KUL. HAZIR 1 KALEM ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
15	OCREVUS 300 MG/ 10ML INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN KONSANTRE (1 FLAKON) ( beta interferonlar, glatiramer asetat,	OCREVUS 300 MG/ 10ML INFUZYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İCİN KONSANTRE (1 FLAKON) ; 25/06/2020

	teriflunomid veya dimetil fumarat tedavilerinden birini veya birkaçını toplamda en az bir yıl süre ile kullanmış ve bu tedavilere yeterli yanıt vermeyen ve sutta belirtilen yüksek hastalık aktivitesi özelliklerinden en az ikisini taşıyan hastalarda kullanılması halinde bedelleri Kurumca karşılanır.BU HASTAYA DIMETİL FUMARAT 2 AY KULLANILMIŞ VE SUTTAKI YUKSEK HASTALIK AKTİVİTESİ ÖZELLİKLERİNİ TAŞIMİYOR)	TARİHLİ SUT DEĞİŞİKLİĞİNDEN ÖNCEKİ RAPORLAR GEÇERLİ OLACAĞINDAN ÖDENMESİNE.
16	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI ( Kronik Lenfositik Lösemi tanısı olup, hipogammaglobulinemisi bulunan veya Multipl Miyelom tanısı olup hipogammaglobulinemisi bulunan hastalarda endikasyonu vardır.)	OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) ( 18 aylıktan küçük veya ağırlığı 9 kg'dan düşük bebeklerde hastalığa bağlı malnütrisiyonda bedeli ödenir)	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) ; HASTA 18 AYLIKTAN KÜÇÜK OLDUĞUNDAN MALNUTRİSYON TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE
18	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) ( RAPORDA HASTANIN GÜNCEL KİLOSU BELİRTİLMEMİŞ.)	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) ; 418 REÇETESİZ İLAÇ TEMİNİNE GÖRE ÖDENMESİNE
19	INSPIRA 25 MG 30 FTB ( SUT ENDİKASYONU RAPORDA MEVCUT DEĞİL. )	INSPIRA 25 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	XELJANZ 5 MG 56 FILM KAPLI TABLET ( RAPORDA HASTA ONAY FORMU BELİRTİLMEMİŞ.)	XELJANZ 5 MG 56 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	D-COLEFOR 20.000 IU 14 YUMUSAK KAPSUL ( E-REÇETEDE UYGUN TEŞHİS YOK. )	D-COLEFOR 20.000 IU 14 YUMUSAK KAPSUL ; REÇETENİN İADESİNE
22	TOPAMAX 50 MG.60 FILM TB. ( rapordatoplamda günlük 5 adet kullanması gerektiği yazılı 6 adet olarak çıkış yapılmış)	TOPAMAX 50 MG.60 FILM TB. ; İLGİLİ RAPORDAKİ DOZA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE
23	ALATAB 600 MG 30 FTB ( raporda 254 uyarı kodundaki teşhis yok)	ALATAB 600 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
24	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB. ( RAPORDAKİ LDL DÜZEYİ UYGUN DEĞİL.)	LIPITOR 10 MG.30 FILM TB. ; 2016 YILINDAN BERİ RAPORU BULUNMADIĞINDAN VE LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>ENJEKTOR 5 CC 1,02 daha önce almış ve devam reçetesi olduğundan ve hastanede enf has uz görüldüğünden kesildi. DESEFIN 1 GR.IM 62,22 daha önce almış ve devam reçetesi olduğundan ve hastanede enf has uz görüldüğünden kesildi.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EHU ONAYSIZ ÖNCEKİ REÇETESİ İLE BİRLİKTE 3 GÜNLÜK DOZ AŞILDIĞINDAN VE HASTANEDE EHU BULUNDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE</li> </ul>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET ( HASTANIN 1 AYLIK DOZDA KULLANIM İZNI MEVCUT)</li> <li>FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK(e-raporda saturasyon ve/veya ferritin değeri eksiktir.)</li> <li>LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN ( Rapor dozu aşmıştır)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET ; İZİNLER UZATILDIĞINDAN VE HEKİM REÇETESİ İLE VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE</li> <li>FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR (OPTIPEN) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
27	VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET ( HASTANIN 1 AYLIK DOZDA KULLANIM İZNI MEVCUT )	VENCLYXTO 100 MG 112 FILM KAPLI TABLET ; İZİNLER UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE
28	<ul style="list-style-type: none"> <li>MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON ( END DIŞI KULL.LİSTEDEKİ KULL.TALİMATI GEREĞİ HAFTADA BİR 375 MG/M2.BİR ÖNCEKİ İLAÇ BİTİM TARİHİNİN ERTESİ GÜNÜ YAZDIRILMIŞTIR. )</li> <li>HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ( YAPILAN SORGULAMADA SİSTEMDE S.B.END.DIŞI İZİN BELGESİ BULUNAMAMIŞTIR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MABTHERA 500 MG.50 ML.1 FLAKON ; 4 HAFTADA 375MG/M2 TOPLAM DOZUNDA ALDIĞINDAN ÖDENMESİNE</li> <li>HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ; ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li> </ul>