

11.11.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET(İKS+LABA+LAMA)(LABA) İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN, SIK ATAK GEÇİREN (YILDA 2 VE ÜZERİ ATAK VEYA 1 VE ÜZERİ YATARAK TEDAVİ) VE DİSPNESİ OLAN (MMRC 2 VE ÜZERİ VEYA CAT SKORU 10 VE ÜZERİ) ORTA-AĞIR KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) OLAN ERİŞKİN HASTALARIN İDAME TEDAVİSİNDE KULLANILMALARI VE BU DURUMLARIN UZMAN HEKİM RAPORUYUNDA BELİRTİLMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR.)	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET; ÖDENMESİNE.
2	PANTHERO NEOHALER 50 MCG 30 İNH KAP (SEEBRI BREEZHALER MCG 50 MCG 30 İNHALER KAP)(LAMA)(HASTANIN KOMBİNE TEDAVİSİNE GEÇMESİ İÇİN 3 DOZ LABA+İKS KULLANILMASI GEREKİR RAPORDA BU BELİRTİLMİŞ OLMASINA RAĞMEN KULLANILMADIĞI TESPİT EDİLDİ.)	PANTHERO NEOHALER 50 MCG 30 İNH KAP ; ÖDENMESİNE
3	TRIMBOW 87 MCG/5 MCG/9 MCG AEROSOL İNHALASYONU, ÇÖZELTİ (120 DOZ)(İKS+LABA+LAMA)(EN AZ 3 AY SÜREYLE İKS VE LABA İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN SIK ATAK GEÇİREN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR BU HASTA LABA VE İKS İLE TEDAVİ EDİLMEYEN TRIMBOW AEROSOL BAŞLANMIŞ)	TRIMBOW 87 MCG/5 MCG/9 MCG AEROSOL İNHALASYONU, ÇÖZELTİ; ÖDENMESİNE
4	BRONTIO 18 MCG 30 İNHALASYON İÇİN TOZ İÇEREN 30 KAP (LAMA)(EN AZ 3 AY SÜREYLE LABA+İKS/LAMA+LABA KULLANIMI TESPİT EDİLEMEDİ.)	BRONTIO 18 MCG 30 İNHALASYON İÇİN TOZ İÇEREN 30 KAP;ÖDENMESİNE.
5	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET(İKS+LABA+LAMA)(EN AZ 3 AY SÜREYLE İKS VE LABA İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR BU HASTA LABA VE İKS İLE TEDAVİ EDİLMEYEN TRELEGY BAŞLANMIŞ.)	TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET; ÖDENMESİNE
6	TRELEGY ELLIPTA EN AZ 3 AY SÜREYLE İKS VE LABA İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR BU HASTADA TRELEGY BU ŞARTA UYULMADAN BAŞLANMIŞ	TRELEGY ELLIPTA;ÖDENMESİNE.
7	ARANESP 30 MCG.4 KULL. HAZIR SİRİNGA (217-UYGUN (TSAT VEYA FERRİTİN) VE HG DEĞERLERİ BULUNAN KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ UYARI KODU İLE VERİLMİŞ. DEVAM KRİTERİ GEREKİR.)	ARANESP 30 MCG.4 KULL. HAZIR SİRİNGA ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	BEBELAC LF 400 GR.TOZ(2.040 KCAL)(AYNI ECZANE AYNI HASTAYA AYNI AY İÇİNDE 2.KEZ 10 KUTU VERMİŞ. AYDA 10 KUTU ALMASI GEREKİYOR. ÖRNEKLEMENE ÇIKAN 10 KUTU BEDELİ ÖDENMEDİ.)	BEBELAC LF ; RAPORA GÖRE AYDA 10 KUTU ALABİLECEĞİNDEN VE ÖNCEKİ ALIMLARIYLA BİRLİKTE BİR AYDAN DAHA AZ SÜREDE BİTİŞ GÖRÜNDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
9	TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKSİYON KALEMİ(RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.)	TOUJEO -RAPORA YAPILAN EKLEMENE GÖRE ÖDENMESİNE.

10	<ul style="list-style-type: none"> • SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDENME ŞARTIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMİYOR). • EXTRAIR 12 MCG-400 MCG INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60+60 KAPSUL(LABA+IKS)(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDENME ŞARTIDIR..HASTADA BU DURUMLARIN OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMİYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
11	TERNAVİR 245 MG 30 FTB (HASTANIN 2008 DEKİ BAŞLAMA KRİTERİ VE İLAÇ DEĞİŞİM KRİTERİ UYGUN DEĞİL.)	TERNAVİR 245 MG 30 FTB;MEDULA SİSTEMİNDE HASTANIN 2006 YILINDAN ANTİVİRAL TEDAVİYE BAŞLADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
12	EXCALIBA 40/10 MG 28 FILM TABLET (HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKLİ.HASTANIN MONOTERAPİ GEÇMİŞİ YOK.)	EXCALIBA 40/10 MG 28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (254 KODUYLA VERİLMİŞ ANCAK RAPOR UYGUN DEĞİL.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	ADVATE 1000 IU/5 ML IV ENJ ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN FLK (PROFLAKSİ TEDAVİSİ İÇİN 01.10.2021 TARİHİNDE 2 HAFTALIK (BİTİŞ TARİHİ: 19.10.2021) İLAÇ VERİLMİŞ. AYNI ECZANE TARAFINDAN İLACIN TEKRAR VERİLME SÜRESİNDEN ÖNCE (04.10.2021) TEKRAR İLAÇ VERİLMİŞ.)	ADVATE 1000 IU/5 ML IV ENJ ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN FLK;AYNI FORMDAKİ İLAÇ, ÖNCEKİ ALIM SÜRESİ BİTİŞ TARİHİNE EKLENDİĞİNDE ÖDENMESİNE.
15	TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH ICIN TOZ 60 DOZ (LAMA)(İLGİLİ RAPORDA LABA LAMA IKS BERABER KULLANILIYOR. RAPORDA KOMBİNE KULLANIM İÇİN GEREKLİ AÇIKLAMA YOK.)	TIOFIX -21/01/2021 TARİHLİ RAPORA GÖRE İŞLEM YAPILMASINA.
16	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON(RAPORDA DEVAM KRİTERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	IMMUNORHO 300 MCG(1500IU)2 ML ENJ.(SUT 4.1.5.(4) 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 DÜZENLENEMEDİĞİ DUYURUSUNA İSTİNADEN KURUMCA KARŞILANIR.)	IMMUNORHO 300 MCG; SUT UN 4.1.5-4. MADDESİNE GÖRE E-REÇETE DÜZENLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
18	<ul style="list-style-type: none"> • ZYPREXA VELOTAB 5 MG.AĞIZ COZ.28 TB (HASTA ELİNDE (2*1 10 MG) İLAÇ MEVCUT.) • LIPOFEN SR 250 MG.30 KAPSUL (TRG DEĞERİ UYGUN DEĞİL.İLGİLİ RAPOR MEVCUT DEĞİL.) • XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET) (RAPOR UYGUN DEĞİL. HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • ZYPREXA VELOTAB 5 MG-RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • LIPOFEN -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • XOLAİR -ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none"> • BETMİGA 50 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 FILM TABLET 273,51 RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL. 	<ul style="list-style-type: none"> • BETMİGA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • SPIRIVA-RAPORA YAPILAN

	<ul style="list-style-type: none"> • SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPOR LABA-LAMA-İKS KOMBİNE KULLANIMA UYGUN DEĞİL.) • TOUJEO 300 U/ML (1,5 ML) SOLOSTAR SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKSİYON KALEMI (RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.) 	<ul style="list-style-type: none"> • EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • TOUJEO- ÖDENMESİNE.
20	BENVIDA 150 MG 56 FTB (BENVİDA;SUT'UN (Madde 4.2.25/4) NOLU MADDESİ RAPORA KOPYALANMIŞ VE GENELLEME YAPILMIŞTIR.EPILEPSİ HASTASININ PARSİYEL BAŞLANGIÇLI OLUP OLMADIĞI,NÖBETLERİN İKİNCİ JENERALİZE OLUP OLMADIĞI RAPORDA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE BELİRTİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	BENVIDA 150 MG 56 FTB; RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
21	BINOCRIT 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(RECETE DOZUNA İSTINADEN DUZELTİLDİ 1 KUTU KESİNTİ.)	BINOCRIT 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPOR DOZUNA GÖRE 2 KUTU BEDELİ ÖDENİR. İTİRAZIN REDDİNE.
22	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (GUNCEL "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPIAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİ BELGELENMEMİS.)	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB; İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
23	PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ ICEREN AMP 1 ML 5 AMP (SUT'UN (MADDE 4.2.9.C-1/1) NOLU MADDESİNE GÖRE PTH DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	PARICAL 5 MCG/ML IV ENJ COZ ICEREN AMP 1 ML 5 AMP;07/06/2021 TARİHLİ RAPOR BAŞLANGIÇ RAPORU OLMADIĞINDAN İDAME DEĞERLERE GÖRE ÖDENMESİNE.
24	NAVELBINE 30 MG 1 KAPSUL(TEDAVİYE ENJEKTABL FORM İLE BAŞLANMASI ŞARTIYLA KULLANILMASI HALİNDE BEDELİ ÖDENECEĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)(HASTANIN İLAÇ GEÇMİŞİNE BAKILDIĞINDA ENJEKTABL FORM KULLANMADIĞI TESPİT EDİLMİŞTİR.)	NAVELBINE 30 MG 1 KAPSUL;RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE.
25	XARELTO 20 MG 28 FTB (HASTANIN RİSK FAKTÖRÜ YOK)	XARELTO-HİPER TANSİYON RAPORLARI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
26	INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(INFATRİNİ 18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE KULLANILIR.HASTANIN GÜNCEL KİLOSU YOK.AYRICA 18 AYLIĞI GEÇTİKTEN SONRA DA REÇETESİ KARŞILANMIŞ.)	INFATRINI 200 ML; YENİ RAPORUNDA 11 KG OLDUĞU VE MAMA DEĞİŞTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
27	TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
28	<ul style="list-style-type: none"> • AYSETFINE INSULIN KALEM İGNESİ 32G (0,23X4MM)(SON 3 AYDA İNSULİN ALIMI BULUNMAMAKTADIR.) • AYSETFINE INSULIN KALEM İGNESİ 31G (0,25X6MM)(İNSULİN ENJEKSİYON DOZUNA GÖRE 1*1 OLARAK İŞLEM YAPILDI.) 	<ul style="list-style-type: none"> • AYSETFINE ; İNSULİN KONTROLÜ SON 6 AY İÇİNDE YAPILDIĞINDAN VE SON 6 AY İÇİNDE İNSULİN ALIMI GÖRÜNDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE. • AYSETFINE ; BİR ÇEŞİT İNSULİNİ GÜNDE BİR KEZ KULLANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.