

12.11.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

| Dosya No | İtiraz Konusu | Komisyon Kararı |
|----------|---|--|
| 1 | MABTHERA 1400 MG/11,7 ML SC ENJEKSİYON İÇİN ÇÖZELTİ İCEREN 1 FLAKON (Açıklamalardaki "hastalarda" ibaresi kabul olmamaktadır.) | MABTHERA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 2 | ENSURE CİLEKLİ 250 ML.KUTU(251 KCAL) (raporda hastanın günlük kalori ihtiyacına göre ödeme yapıldı.kalori ihtiyacı raporda kilokalori olarak belirtilmemiş.) | ENSURE -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 3 | SUTENT 50 MG 14 KAPSUL (Rapor süresinin sonunda tedavinin devamı için hastalıkta progresyon olmadığı belirlenmeli ve bu durum çıkarılacak raporda belirtilmelidir.raporda 6 ay süreyle kullanması gerektiği belirtilmiş ayrıca rapordaki tanı ıcd kodu akciğer ca olarak belirtilmiş ayrıca hastaya interferon raporu çıkarılmış ancak ilgili rapora ait reçetelerde interferon almamış görülüyor) | SUTENT; RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN VE RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 4 | GABASET 300 MG 50 KAPSUL (RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL.) | GABASET 300 MG 50 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 5 | VOTRIENT 200 MG 30 TB. (RAPOR TEŞHİSİ VE AÇIKLAMALAR UYGUN DEĞİL) | VOTRIENT 200 MG 30 TB.; EKLENEN ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE |
| 6 | FEROUT S 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 TABLET (serum ferritin<300 mikrogram/L olduğunda tedavi sonlandırılır.03/2020 tarihli raporda ferritin değeri 407) | FEROUT S 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 TABLET ; 418 KODU İLE REÇETE KARŞILANDIĞINDAN ÖDENMESİNE |
| 7 | JANUMET 50/1000 MG 56 FİLM KAPLI TABLET (Açıklamalar uygun değil) | JANUMET 50/1000 MG 56 FİLM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 8 | ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.İCİN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (rapor 26.09.2019 da 3 aylık olarak çıkarılmıştır.rapor süreleri uzatılmadan önce raporun süresi dolmuştu) | ENBREL; İDAME RAPOR SÜRESİ 6 AY OLDUĞUNDAN RAPORDA DÜZELTME YAPILMIŞTIR. GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN 17/07/2020 TARİHLİ DUYURUSUNA GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 9 | BETMİGA 50 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 FİLM TABLET (REÇETEYE ESAS 27.06.2019 TARİHLİ RAPORDA OXİBUTİNİN İNTOLERANSI/KONTENDİKASYONU BELİRTİLMEMİŞ OLDUĞU HALDE 275 UYARI KODU GİRİLEREK KARŞILANMIŞ)(418 KODLU REÇETE) | BETMİGA 50 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 FİLM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 10 | BRİRİLİNTA 90 MG 56 FİLM TB (AYNI RAPORLA 13 KUTUYU GEÇMİŞ) | BRİRİLİNTA 90 MG 56 FİLM TB; AYNI RAPOR İLE BİR ÖNCEKİ REÇETEDe 13 KUTU SINIRI GEÇİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE |
| 11 | TRAJENTA 5 MG FİLM KAPLI TABLET (metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; REÇETE EDİLEBİLİR OLDUĞUNDAN) | TRAJENTA 5 MG FİLM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 12 | İRDAPİN PLUS 300/10/12,5 MG 28 FİLM TB. (RAPOR SUT'A UYGUN DEĞİL) | İRDAPİN PLUS 300/10/12,5 MG 28 FİLM TB.; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| | JEVITY (500 KCAL) (GÜNLÜK KALORİ İHTİYACINI AŞIYOR) | JEVITY (500 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE |

| | | |
|----|--|--|
| 13 | | ÖDENMESİNE |
| 14 | PARISITOL 10 MCG/2 ML IV ENJ. ÇÖZ. İÇEREN AMP 2 ML 5 AMP. (RAPOR AÇIKLAMALAR UYGUN DEĞİL) | PARISITOL 10 MCG/2 ML IV ENJ. ÇÖZ. İÇEREN AMP 2 ML 5 AMP. ; UYGUN TETKİK SONUÇLARI İLE 1,25 CA DİYALİZAT KULLANDIĞI E-REÇETEDE BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE |
| 15 | ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (raporda hasta onay formu belirtilmemiş.) | ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 16 | MAJİSTRAL İLAÇ (PREPARAT TÜRÜ "SOĞUKTA HAZIRLANAN ÇÖZELTİLER" OLARAK DÜZELTİLDİ) | MAJİSTRAL İLAÇ ; ÖDENMESİNE |
| 17 | NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL) (Raporda malnütrisyon tanımı yazmıyor) | NUTRISON ADVANCED -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 18 | <ul style="list-style-type: none"> • PLAVIX 75 MG 28 FTB (KORONER ARTER HASTALIĞININ ANGIOGRAFİK OLARAK BELGELENMESİ GEREKİR.) • FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB kmy tarihi belirtilmemiş. | <ul style="list-style-type: none"> • PLAVIX 75 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE • FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB ; RAPORUN ÇIKTIĞI TARİHTE KMY ÖLÇÜM SONUCU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE |
| 19 | HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (Raporun açıklamalarındaki "HASTANIN 6 AY SÜREYLE ADALİMUMAB KULLANMASI UYGUNDUR " cümlesiyle raporun süresine sınırlama getirilmiş olup 418 ile reçetesiz verilmiş) | HUMIRA- KURUMUMUZUN 17/07/2020 TARİHLİ DUYURUSUNA GÖRE 418 -REÇETE KODUYLA VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE. |
| 20 | TEMODAL 250 MG.5 KAPSUL (Temozolamid 380mg/gün 1-5 GÜN 28 GÜNDE BİR Zoledronik asit 4mg her 28 günde bir 6 ay süre ile kullanması uygundur.RAPORDA BELİRTİLEN BU SUREYE RAGMEN 11/2019 DAN BERİ HER AY TEMODAL VERİLMİŞ 418 KODU İLE SİSTEME GIRILMIŞ OYSA TEMODAL + Radyoterapi fazı tamamlandıktan 4 hafta sonra, TEMODAL adjuvan tedavi olarak 6 kür daha uygulanır) | TEMODAL 250 MG.5 KAPSUL ; RAPOR TEŞHİSİ AKCİĞER TANISI (GLİOAMA HARIÇİNDE) OLDUĞUNDAN VE KANSER TANISINDA ENDİKASYON UYUMU ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 21 | DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET (RAPORDAKİ DOZU=1*1) | DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 22 | DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET (RAPORDAKİ DOZU=1*1) | DIAMICRON MR 30 MG.60 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 23 | TARGOCID 200 MG.FLAKON- TARGOCID 400 MG.FLAKON raporun açıklama bölümünde 2 ay süreyle kullanılacağı belirtilmiş | TARGOCID 200 MG.FLAKON - TARGOCID 400 MG.FLAKON ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 24 | SEMPRIBAN 150 MG 3 TABLET(t skoru belirtilmemiş / raporda OSTEOPROTİK PATOLOJİK KALÇA KIRIĞI tanısı yazılı bedeli ödenmez) | SEMPRIBAN - 4.2.17.A – Osteoporoz maddesinin 3. fıkrasına göre raporunda osteoporotik patolojik kalça kırığı belirtilen hastalarda KMY ölçümü şartı aranmayacağından ödenmesine. |
| 25 | LIFECHEK INSULIN KALEM İGNEİ 32GX4MM (RAPORDAKİ DOZU=1*1) | LIFECHEK INSULIN-HASTANIN İNSÜLİN KULLANIMINA VE ÖNCEKİ RAPOR DOZUNA GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 26 | JAKAVI 5 MG 56 TB (Raporun Üniversite veya eğitim ve araştırma hastanelerinden çıkması şartı ile ödenir. Ayrıca açıklamalarındaki "2 ay süre ile" cümlesiyle endikasyon dışı belgenin süresine de sınırlama getirilmiş olup 418 ile reçetesiz verilmiş) | JAKAVI ; S.B. ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ İLE VERİLDİĞİNDEN , BU BELGEYE GÖRE RAPOR İÇİN SAĞLIK TESİSİ SINIRLAMASI OLMADIĞINDAN VE ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGELERİ İKİNCİ BİR DUYURUYA KADAR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 27 | ALVASTIN 40 MG.30 FILM TABLET (LDL ÖLÇÜM TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN SONRA OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) | ALVASTIN - LDL ÖLÇÜM TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN SONRA OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR. İTİRAZIN REDDİNE |
| 28 | COLEDAN- D3 150.000 IU/ 10 ML ORAL DAMLA, COZELTI (1 SİSE, 10 ML) (Yalnızca ruhsatlı endikasyonlarında | COLEDAN- ENDİKASYONUNA UYGUN OLARAK OSTEOPOROZ TEDAVİSİ GÖRDÜĞÜ VE İLAÇ |

| | | |
|----|--|---|
| | reçetelenmesi halinde bedelleri karşılanır.) | KULLANDIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 29 | QUET XR 400 MG UZATILMIS SALIMLI 30 TB (raporda 1*1hasta 150mg dan ilacını almış.) | QUET XR 400 MG; ETKEN MADDELER FARKLI OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. |
| 30 | FORZIGA 10 MG 28 FTB (Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda reçete edilebilir.) | RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 31 | COLNAR 10 MG 28 TABLET (raporda ldl değeri yok) RISPERDAL 2 MG.20 TABLET (rapor dozu 1*1) VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET (başlama kriterleri ve ilaç değişim nedeni raporda belirtilmemiş) | COLNAR-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. RISPERDAL -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. VIREAD-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 32 | EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL (13.03.2020 tarihli raporda 1 doz Eylea tedavisi denmektedir.) | EYLEA; RAPORDA BEVACİZUMAB TEDAVİSİNİN 4-6 HAFTA ARALIKLARLA YÜKLEME DOZU YAPILMADIĞI ANLAŞILDIĞINDAN , EN SON E-REÇETEDEN 6 AY SONRA 418 KODUYLA VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. |