

## 14.01.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB. ( KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ YETERLİ DEĞİL. ) TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET ( Monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınmadığının raporda belirtilmesi gerekmektedir. )	FOSAVANCE - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE TANSIFA - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	GALVUS 50 MG 56 TAB ( Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda reçete edilebilir.)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	DEVIT-3 DAMLA (iade sonrası endikasyon uyumu yok. )	İADE SONRASI E-REÇETEDE UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	LEVOTIRON 50 MCG 50 TABLET ( rap. 1*1 75 mcg den ilacını almış. ) LIPANTHYL 267 M KP. ( idame rted. değil 6 aydan uzun süre ara ver.)	LEVOTIRON; İLGİLİ RAPORDA DOZ 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE. LIPANTHYL; SON BİR YILI DEĞERLENDİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
5	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ( raporda sut a uygun açıklama yok )	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	LANSOR 30 MG.28 KAPSUL ( Raporda uygun ıcd10 kodu yok ve ilaç süresi dolmamış )	LANSORİ İLGİLİ RAPORDA UYGUN TANI BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET ( Açıklamalar uygun değil )	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	BINOCRIT 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ( Ferritin değeri 61 )	TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE

9	EPIXX 100 MG/ML ORAL SOLUSYON 300 M ( rapordaki doz levatirasetam 300 mg, reçetede verilen 3000mg )	EPIXX 100 MG/ML ; görüş sorulduktan sonra değerlendirilmesine.
10	RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL) ( raporda nutrivigor sol yazılı resource glutamin verilmiş)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ( RAPORDA YETERLİ AÇIKLAMA YOK.)  ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) ( RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI YETERLİ DEĞİL.)  ENSURE 2 CAL MUZ AROMALI 200 ML (400 KCAL ( RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI YETERLİ DEĞİL. )	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.  RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.  RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	WILLCARE INSULIN KALEM İGNEŞİ 32GX6MM ( Hasta günde 1 defa insülin kullanıyor )	İKİ FARKLI İNSÜLİN KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
13	LUCENTIS 10 MG ML ENJ.COZ.IC.FLAKON ( raporda avastin tedavisinin yetersiz olduğunu belirten kriterler yazılmamıştır)	E-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	EPOBEL 5000 IU/0,5 ML I.V. /S.C. STERİL ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJE ( epobel hastanın hemoglobın değerine göre kullanılacak doz belirlenen bir ilaç hasta her hafta diyalize girdiği için bu değer doktor tarafından belirlenir 418 kodu ile 10/11/2020 - 23/11/2020 kodu ile ilaç verilmiş ayrıca hasta 28/12/2020 aranesp 60 almış )	EPOBEL - REÇETE TARİHİNDEN ÖNCE VE SONRA ARANESP 60 MG VE 80 MG KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

15	UROCIT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB ( RAPORDA İDRAR PH DEĞERİ VE ENAZ BİR KEZ GİRİŞİMSSEL TEDAVİ UYGULANIP UYGULANMADIĞI RAPORDA BELİRTİLMEDİĞİNDEN KATILIM PAYLI ÖDENMİŞTİR )	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	CİTOL 20 MG 28 TAB. (SSRI) (PSİKİYATRİ UZMANI TARAFINDAN YAZILMALIDIR)	SUT'UN 4.2.2-1. MADDESİNE GÖRE 6 AYDAN FAZLA KULLANIMI OLMADIĞINDAN TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLEBİLİR. ÖDENMESİNE
17	UKRA HR 600 MG 30 FILM TABLET (PERİFERAL DİYABETİK NÖROPATİDE ÖDENİR)	İLGİLİ RAPORDA PERİFERAL DİYABETİK NÖROPATİ YAZMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
18	CORASPİN 100 MG. 30 TAB. (HASTANIN ASA İNTOLERANSI VAR)	RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.