

14.10.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

| Dosya No | İTİRAZ KONUSU | KOMİSYON KARARI |
|----------|--|--|
| 1 | NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(RAPORDAKİ ICD10 KODUNA GÖRE MUAF DEĞİL.) | NUTRISON -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 2 | FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(OSTEOPOROZDA İLAÇ TEDAVİSİ, DÜZENLENECEK RAPOR TARİHİNDEN ÖNCE SON İKİ YIL İÇİNDE YAPILAN KEMİK MİNERAL YOĞUNLUK (KMY) ÖLÇÜMÜYLE PLANLANIR.) | FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB;SUTUN 4.2.17.A-2. MADDESİNE GÖRE KMY ÖLÇÜMÜ İKİ YILDA BİR YAPILMASI GEREKTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. |
| 3 | THINCAL 120 MG 84 KAP (-TEDAVİNİN 12 HAFTASI SONUNDA HASTALARDA BAŞLANGIÇTAKİ VÜCUT AĞIRLIĞININ EN AZ %5'İNİ KAYBETMESİ HALE TEDAVİNİN DEVAMINA KARAR VERİLİRSE, YENİ BİR RAPOR DAHA DÜZENLENEREK TEDAVİ ÜÇER AYLIK SÜRELERLE UZATILIR.) | THINCAL 120 MG 84 KAP ;İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ OLAN BAŞLANGICA GÖRE KİLO KAYBI , BMI DEĞERİ OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. |
| 4 | <ul style="list-style-type: none"> • LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTİPEN(İLGİLİ REÇETE ÖNCESİ VE SONRASI HATALI DOZ GİRİLMİŞ VE ERKEN BİTİŞ VE ALIŞA SEBEP OLUNMUŞ.) • IBANOS 150 MG 3 FTB(KMY ÖLÇÜM TARİHİ YOK.) | <ul style="list-style-type: none"> • LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • IBANOS 150 MG 3 FTB; SUT UN 4.2.17.A – 2. MADDESİNE GÖRE KMY ÖLÇÜMÜ 2 YIL İÇİNDE OLMASI GEREKTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. |
| 5 | LIPANTYL 160 MG 30 FTB (17.01.2020 TARİHİNDEN ÖNCE 6 AYDAN FAZLA ARA MEVCUT, RAPORDA GÜNCEL TRİGLİSERİT DEĞERİ BULUNMAMAKTADIR.) | LIPANTYL 160 MG 30 FTB; SON BİR YILLIK DEĞERLENDİRMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 6 | <ul style="list-style-type: none"> • HUMİRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (HASTA REMSİMA DAN HUMİRA YA GEÇMİŞTİR. GÜNCEL RAPORUNDA BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ BULUNMAMAKTADIR.) • VEXPERDA 360 MG FİLM KAPLI TABLET (30 TABLET) 1.320,94 GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ BULUNMADIĞI İÇİN KESİLDİ.) | <ul style="list-style-type: none"> • HUMİRA -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • VEXPERDA-EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 7 | XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(RAPORDA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI YOK.) | XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 8 | IBANOS 3 MG/3 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI (KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ UYGUN DEĞİL.) | IBANOS 3 MG/3 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 9 | ALATAB 600 MG 30 FTB (İLGİLİ AÇIKLAMA REÇETEDE YOK.254) | ALATAB 600 MG 30 FTB ;RAPORSUZ E-REÇETEDE İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE |
| 10 | <ul style="list-style-type: none"> • VOXUS 245 MG 90 FİLM KAPLI TABLET (İLACA BAŞLAMA KRİTERLERİ UYGUN DEĞİL VE YAN ETKİ GELİŞMİŞ OLDUĞUNDAN KESİLDİ.) • VEMLIDY 25MG 30 FİLM KAPLI TABLET (İLACA BAŞLAMA KRİTERLERİ UYGUN DEĞİL) • EBICOMB 5 MG / 10 MG 28 EFERVESAN TABLET (RAPORDA DOZLA İLGİLİ NET BİR | <ul style="list-style-type: none"> • VOXUS -09/12/2020 TARİHLİ RAPORDA YAN ETKİ NEDENİYLE TENEFOVİR ALAFENAMİDE GEÇTİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. • VEMLIDY -KARACİĞER NAKLİ OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLDİĞİNDEN VE GEÇİŞ KRİTERİ EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|--|---|
| | AÇIKLAMA YOK.) | <ul style="list-style-type: none"> EBICOMB -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 11 | <ul style="list-style-type: none"> RESOURCE THICKEN UP CLEAR 125 G(385 KCAL)(RAP. BİL. UYGUN DEĞİL.)(GÜNLÜK KAL. MALNUTRUSYON TANIMI...&#8230;.) FORTIMEL COMPACT FIBRE VANILYA AROMALI 4X125 ML (1200KCAL)(RAP. DOZ 900 K. CAL.3*1) | <ul style="list-style-type: none"> RESOURCE THICKEN UP CLEAR ; KRONİK NÖROLOJİK HASTALARDA YUTMA ZORLUĞU RAPORDA BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. FORTIMEL COMPACT FIBRE; KALORİ MİKTARI AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 12 | RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.) | RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 13 | RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.) | RESOURCE JUNIOR CIKOLATALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 14 | <ul style="list-style-type: none"> FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB(RAPORDA SUTTA İSTENEN BÖLGEYE AİT KMY SONUCU YOK) CNERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPORDA İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLDUĞU YAZMIYOR.) | <ul style="list-style-type: none"> FOSAVANCE - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. RESOURCE E- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 15 | TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET(İADE SÜRESİ DOLMASINA RAĞMEN RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLMEDİ.) | TANSIFA 16/5 MG 28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 16 | <ul style="list-style-type: none"> PROTIFAR 225 GR.(828 KCAL) (RAPORDAKİ DOZA GÖRE KESİLDİ.) NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) (RAPOR SÜRESİ DOLMUŞ) | <ul style="list-style-type: none"> PROTIFAR 225 ; RAPORA YAPILAN 60 GR EKLEMeye GÖRE GÜNDE 24 ÖLÇEK (3*6) DOZU GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA. NUTRIVIGOR MUZ; ENT. NESLENME SOL. RAPORU 01/01/2020 TARİHİNDEN ÖNCE DOLDUĞUNDAN BEDELİ ÖDENMEMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE |
| 17 | <ul style="list-style-type: none"> NERUDA 300 MG 50 FTB (ICD-10 KODU UYGUN DEĞİL.) ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (EKOKARDİYOGRAFİ İLE RAMATİZMAL KAPAK HASTALIĞI VEYA CİDDİ MİTRAL KAPAK HASTALIĞI OLMADIĞI GÖDTERİLEN VEYA PROTEZ KAPAK HASTALIĞI OLMAYAN HASTALARDA ÖDENİR.) | <ul style="list-style-type: none"> NERUDA 300 MG 50 FTB; G56 TANISI MONONÖROPATİNİN ALT KODU OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; SUT DEĞİŞİKLİĞİ ÖNCESİ RAPOR GEÇERLİ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. |
| 18 | LEVOTIRON 100 MCG 50 TABLET (RAPOR DOZUDUR.) | LEVOTIRON 100 MCG 50 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 19 | <ul style="list-style-type: none"> MERIOFERT 75 IU ENJEKSİYONLUK COZELTI ICIN LIYOFİLİZE TOZ (1 FLAKON+1 COZUCU AMPUL) (MERIONAL 75 IU (HASTA İÇİN YENİ RAPOR ÇIKMASI GEREKİYOR.) OVITRELLE 250 MCG 0.5 1 KUL.HAZ.SIR (HASTA İÇİN YENİ RAPOR ÇIKMASI GEREKİYOR.) | <ul style="list-style-type: none"> 05/08/2021 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE |
| 20 | <ul style="list-style-type: none"> RITALIN 10MG.30 TABLET (UZUN SÜRELİ (12 AYDAN FAZLA) METİLFENİDAT KULLANIMINI SEÇEN HEKİMİN ÇOCUĞUN DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ AÇISINDAN DÖNEM DÖNEM EN AZ YILDA BİR KEZARA VERİLMELİDİR 2019 YILINDAN BERİ HASTA BU İLACI KULLANIYOR) CONCERTA 27 MG 30 KONTR.SALIM TB. (UZUN SÜRELİ (12 AYDAN FAZLA) METİLFENİDAT KULLANIMINI SEÇEN HEKİM ÇOCUĞUN DURUMUNUN | <ul style="list-style-type: none"> RITALIN 10MG.30 TABLET; ÖDENMESİNE. CONCERTA 27 MG 30 KONTR.SALIM TB; ÖDENMESİNE |

| | | |
|----|--|--|
| | DEĞERLENDİRİLMESİ AÇISINDAN DÖNEM DÖNEM EN AZ YILDA BİR KEZ ARA VERİLMELİDİR.) | |
| 21 | ENSURE 2 CAL CILEK AROMALI 200 ML (400 KCAL)(MAMA ADI RAPORDA YOK.) | ENSURE 2 CAL CILEK AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 22 | FEMARIS PLUS 150 MG/5600 IU FILM KAPLI TABLET(3 FILM TABLET)(T SKORU UYGUN DEĞİL) | FEMARIS PLUS 150 MG/5600 IU FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 23 | APIKOBAL PLUS 250/250/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.) | APIKOBAL PLUS 250/250/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 24 | <ul style="list-style-type: none"> • PLAVIX 75 MG 28 FTB (İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR) • TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA) (LABA/LAMA/İKS KOMBİNASYONLARIYLA YAPILACAK ÜÇLÜ KOMBİNASYON TEDAVİLERİNDE; EN AZ 3 AY SÜREYLE İNHALE KORTİKOSTEROİD (İKS) VE UZUN ETKİLİ SOLUNUM YOLU BETA-AGONİSTLERİ (LABA) KULLANILMALI.SİSTEMDE KAYITLI HASTALIĞIYLA İLGİLİ OLABİLECEK (BRİCANYL EXP DIŞINDA) İKS VEYA LABA BULUNMAMAKTADIR) | <ul style="list-style-type: none"> • TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET; ÖDENMESİNE |
| 25 | <ul style="list-style-type: none"> • BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET (RAPORDA GEÇERLİ OLAN BÖLGENİN KMY Sİ YOK.) • FOSAMAX 70 MG.4 TB. (RAPORDA GEÇERLİ OLAN BÖLGENİN KMY SONUCU YOK.) | <ul style="list-style-type: none"> • BONVIVA ; SUT UN 4.2.17.A-2 . MADDESİNE GÖRE SON İKİ YIL İÇİNDE KMY ÖLÇÜMÜ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. • FOSAMAX -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 26 | SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (İDAME TEDAVİSİNDE HER KIRMIZI REÇETEYE; REÇETeyİ YAZAN HEKİM TARAFINDAN "YAPILAN İDRAR TAHLİLİNDE OPIYAT NEGATİF ÇIKMIŞTIR" İFADESİ YAZILACAKTIR.418 KODU İLE VERİLEMEZ.) | SUBOXONE - DETOX TEDAVİSİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN YADA İDAME TEDAVİ İÇİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 27 | <ul style="list-style-type: none"> • LATİXA 375 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB(RAPORDAKİ AÇIKLAMA UYGUN DEĞİL) • IMNOVID 4 MG 21 SERT KAPSUL (POMALİDOMİD DEKSAMETAZON İLE KOMBİNE OLARAK PROGRESYONA KADAR KULLANILABİLECEĞİ,HASTADA PROGRESYON GELİŞTİĞİ İÇİN TEDAVİYE DEVAM EDİLMEMEYECİĞİNDEN KESİLDİ.HASTA OTOLOG KÖK HÜCRE NAKLİNE UYGUN MU DEĞİL Mİ GÜNCEL VE GEÇMİŞ RAPORLARINDA BELİRTİLMEMİŞTİR.HASTA TEDAVİYE ENDİKASYON DIŞI BELGESİYLE TEDAVİYE BAŞLAMIŞTIR.) | <ul style="list-style-type: none"> • LATİXA 375 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE • IMNOVID 4 MG 21 SERT KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 28 | SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB.(RAPORDAKİ ICD10 KODU UYGUN DEĞİL.) | SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 29 | LIPITOR 20 MG.30 TB.(LDL DEĞERİ UYGUN DEĞİLDİR.) | LIPITOR 20 MG.30 TB; SONRADAN EKLENEN LDL TAHLİL BELGESİ GÖNDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. |

| | | |
|----|--|---|
| 30 | ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(İDAME DOZU 0.13-0.35 MCG/KG/HAFTA DIR). | ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA; E-REÇETEDKİ DEĞERLERE GÖRE MAKSİMUM İDAME DOZ 80 KG*0,35 MCG İLE MAKSİMUM 30 MCG DOZ ALABİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE. |
|----|--|---|