



## 14.12.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)</li> <li>AYSETFINE INSULIN KALEM İGNESİ 31G (0,25X5MM)(MEVCUT KULLANILAN İLAÇ DOZUDUR.)</li> <li>EFEKOR XR 150 MG.28 KAPSUL (SNRI)(RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.2*75 MG İLE TEDAVİYE BAŞLANMIŞ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>TRAJENTA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>AYSETFINE – GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.</li> <li>EFEKOR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU BULUNMAMAKTADIR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>PROLIA - 10/01/2023 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>KAPEDA 500 MG 120 FTB(21 GÜNDE 14X6 GİRİLDİĞİNDE;KAPEDA 500 MG 120 FTB ADLI İLACIN BİTİŞ TARİHİ 305VBQK NUMARALI REÇETEDEKİ İLACIN İLAÇ ALIM TARİHİNİ AŞMIŞTIR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>KAPEDA; TÜM REÇETELER 14 GÜN KULLANIP 7 GÜN ARA VERECEK ŞEKİLDE DÜZELTİLMİŞ VE 12 GÜNLÜK EREKEN ALIM İLAVE EDİLMİŞTİR. ÖDENMESİNE.</li> </ul>

4	<ul style="list-style-type: none"><li>BRADIKANT 30MG / 3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(C1 ESTERAZ İNHİBİTÖRÜ EKSİKLİĞİ VEYA C1 ESTERAZ İNHİBİTÖRÜ DÜZEYİNİN NORMAL/YÜKSEK OLDUĞU DURUMLARDA İSE İNHİBİTÖR FONKSİYONUNUN DÜŞÜKLÜĞÜ TEDAVİSİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. SAĞLIK KURULU RAPORUNDA; C1 ESTERAZ İNHİBİTÖRÜ DÜZEYİ/FONKSİYONU DEĞER OLARAK BELİRTİLİR.RAPORDA İNHİBİTÖR EKSİKLİĞİ DÜŞÜKLÜĞÜ BELİRTİLMİŞ.ANCAK DÜZEYİ YOK.YERİNE FONKSİYON DEĞERİ BELİRTİLMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>SUT UN EK-4/F-75 ;C 1 İNHİBİTÖR FONKSİYONUN DÜŞÜKLÜĞÜ DEĞER OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN VE C 1 ESTERAZ DÜZEYİNİN SEVİYESİ NORMAL OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>ADENURIC 80 MG 28 FILM KAPLI TABLET(RAPORLAR 1 YIL SÜRELİ OLUP SERUM ÜRİK ASİT DÜZEYLERİ 3,5 MG/DL'NİN ALTINA DÜŞEN HASTALARDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.(2019 RAPORU İLE VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ADENURIC ; E-REÇETEDE GÜNCEK ÜRİK ASİT DÜZEYİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>ROMEZON DR 2 MG 30 TABLET(SUT'UN EK-4/E 13- DİĞERLERİ MADDE 30) PREDNİZON NOLU MADDESİNE GÖRE;YALNIZCA YETİŞKİNLERDE SABAH TUTUKLUĞUNUN EŞLİK ETTİĞİ ORTA VE ŞİDDETLİ AKTİF ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİNDE ÖDENECEĞİNDEN E-REÇETEDeki EKSİKLİK GİDERİLSİN DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.E-REÇETEDeki EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ROMEZON- 04/11/2021 TARİHİNDE; "YALNIZCA YETİŞKİNLERDE, ÖZELLİKLE SABAH TUTUKLUĞUNUN EŞLİK ETTİĞİ ORTA VE ŞİDDETLİ AKTİF ROMATOİD ARTRİT TEDAVİSİNDE ROMATOLOJİ, FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON, İÇ HASTALIKLARI VEYA İMMÜNOLOJİ VE ALERJİ HASTALIKLARI UZMAN HEKİMLERİNCE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE BEDELLERİ KURUMCA KARŞILANIR. " ŞARTI KALDIRILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>THINCAL 120 MG 84 KAP(BİR ÖNCEKİ RAPOR KİLOSUNA GÖRE ARTIŞ MEVCUT.)</li><li>WILLCARE INSULIN KALEM İGNEŞİ 32GX5MM(RAPOR DOZUDUR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>THINCAL-RAPOR VE REÇETEDeki GÜNCEL KİLO UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>WILLCARE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA İLAÇLA İLGİLİ SUT A UYGUN BİR BİLGİ BULUNMAMAKTADIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

9	<ul style="list-style-type: none"><li>• PLETAL 100 MG 60 TABLET(A) İLERİ EVRE PERİFERİK ARTER HASTALIĞI OLUP (DOPPLER VEYA ANJİYOGRFİK OLARAK HASTALIĞI TESPİT EDİLMİŞ VE KLAS 3 VEYA KLAS 4 SEMPTOMLARI OLAN) OPERASYON YAPILAMAYAN HASTALARDA; B) DOPPLER VEYA ANJİYOGRFİ İLE PERİFERİK ARTER HASTALIĞI TESPİT EDİLMİŞ OLAN VE EŞLİK EDEN HASTALIKLAR NEDENİYLE OPERASYONU YÜKSEK RİSKLİ OLAN HASTALARDA; REÇETE EDİLİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>• ALIPZA 1 MG FILM 30 TABLET(LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ALIPZA; 25/05/2023 TARİHLİ LDL DEĞERİNİN UYGUN OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>• URSACTIVE 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET (UGEFAL 500 MG 60 FILM KAPLI TABLET)(ENDİKASYON UYUMU ARANIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• URSACTIVE; UYARI KODU OLMADIĞINDAN İADE EDİLMESİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>• OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(253-GEBELİK VE KATILIM PAYLI OLARAK DÜZELTİLDİ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• OKSAPAR ; KATILIM PAYLI VERİLEBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE</li></ul>
13	<ul style="list-style-type: none"><li>• NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML(İLGİLİ YENİ RAPORUNDA İNSÜLİN ASPART DOZU 3*30 A DÜŞÜRÜLMÜŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• NOVORAPID ; 21/03/2023 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE GÜNDE 3*40 Ü DOZUNDA ÖDENMESİNE</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>• FORTINI MULTI FIBRE CİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)</li><li>• FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• HER İKİ REÇETEYLE İLGİLİ 13/02/2020 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>• EXCALIBA 40/5 MG 28 FILM TABLET(RAPORDAKİ AÇIKLAMA İLE ÖDENMEZ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
16	<ul style="list-style-type: none"><li>• VENOMIA 15 MG KAPSUL (28 KAPSUL)(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

17	<ul style="list-style-type: none"><li>• LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(ENDİKASYON UYUMUNUN TESPİTİ İÇİN HASTALIĞIN EVRESİ BELİRTİLMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• LETU ; RAPORDAKİ POSTMENAPOZAL OPERE MEME CA, HORMON POZİTİF İFADESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
18	<ul style="list-style-type: none"><li>• ARISTU 1 MG 28 TABLET(ENDİKASYON UYUMU İÇİN RAPORDA YETERLİ AÇIKLAMA YOK.</li><li>• LEVOTIRON 100 MCG 50 TABLET(RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.)</li><li>• TARDEN 10 MG.30 FILM TB.(İDAME TEDAVİ DEĞİL.LDL ÖLÇÜM TARİHLERİ UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ARISTU; HORMON RESEPTÖRLERİ POZİTİF DURUMLARDA ERKEN EVREDE KULLANILABİLECEĞİNDEN İLERİ/METASTATİK EVRADE İSE HORMON RESEPTÖRLERİNİN POZİTİFLİĞİ ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li><li>• RAPORDA TİROİD FONKSİYON TESTİ SONUCUNA GÖRE 75 MCG VE/VEYA 100 MCG DOZUNDA KULLANILACAK DENDİĞİNDEN GÜNDE 1*1 OLARAK ÖDENMESİNE. İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>• TARDEN ; RAPOR ÖNCESİ TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>• ATOR 10 MG.30 TB.(RAPORDA EN AZ 1 HAFTA ARA İLE YAPILMIŞ 2 LDL SONUCU OLMASI GEREKİYOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ATOR 10 MG; RAPORDA SON 6 AY İÇİNDE YAPILMIŞ UYGUN LDL DEĞERLERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE</li></ul>
20	<ul style="list-style-type: none"><li>• ALATAB 600 MG 30 FTB(İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)</li><li>• FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(RAPORDA BELİRTİLEN KMY DEĞERLERİNDE UYUŞMAZLIK MEVCUT.NECK-BOYUN AYNI BÖLGEYİ İFADE ETMEKTEDİR VE HANGİSİNİN GEÇERLİ OLDUĞU VE ÖLÇÜM TARİHİ BELİRTİLMEMİŞTİR.)</li><li>• HIVERAC 245 MG 30 FTB(FARKLI BİR HASTANEDEN ÇIKMIŞ BİR ÖNCEKİ RAPOR BİLGİLERİ KOPYALANARAK YENİ RAPOR DÜZENLENMİŞ.GÜNCEL DEĞERLER TARİHİYLE BİRLİKTE YAZILMALI.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ALATAB-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• FOSAVANCE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• HIVERAC-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
21	<ul style="list-style-type: none"><li>• EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB(ANJİOTENSİN RESEPTÖR BLOKERLERİNİN DİĞER ANTİHIPERTANSİFLER İLE KOMBİNASYONLARININ KULLANILMINDA; HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• EXFORGE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
22	<ul style="list-style-type: none"><li>• EZETEC 10 MG 28 TABLET(EZETEC KULLANIM İLKELERİNİ KARŞILAMAYAN RAPOR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

23	<ul style="list-style-type: none"><li>• LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(METASTATİK VE LOKAL, İLERİ MEME KANSERLİ, HORMON RESEPTÖRÜ (ER VE/VEYA PR) POZİTİF POSTMENOPUZAL DURUMDAKİ KADIN HASTALARDA İLK BASAMAK TEDAVİDE ENDİKEDİR.EVRE 3 2.BASAMAK TEDAVİDİR.)</li><li>• GYREX 200 MG 30 FILM TABLET(RAPOR DOZU UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• LETU -HORMON TEDAVİSİNE 29/08/2022 TARİHİNDE İLK DEFA BAŞLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.</li><li>• GYREX; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
24	<ul style="list-style-type: none"><li>• THINCAL 120 MG 84 KAP(DAHA ÖNCE DÖRT ARDIŞIK HAFTA BOYUNCA YALNIZCA DİYETLE EN AZ 2,5 KG.LIK BİR KİLO KAYBI OLMALIDIR.)</li><li>• OZAPRIN 10 MG 28 FILM TABLET(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• THINCAL-RAPORA YAPILAN EKLMEME GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• OZAPRIN-BİR ÖNCEKİ20 MG İLE 10 GÜN ÇAKIŞTIĞINDAN SÜRE İLAVE EDİLMİŞTİR. ÖDENMESİNE.</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>• UMAN ALBUMIN %20 100 ML FLAKON(RAPOR VEYA REÇETEDE ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİ OLMALIDIR GEREKÇESİYLE İADE YAPILMIŞ OLUP EKLENMİŞ OLAN ÖLÇÜM TARİHİ İLAÇ VERİLİŞ TARİHİNDEN 3 GÜNDEN ÖNCESİNE AİTTİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• UMAN; İADE SONRASI EKLETİLEN ALB. ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
26	<ul style="list-style-type: none"><li>• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(20.00 - EK-4/D LİSTESİNDE YER ALMAYAN HASTALIKLAR O26.8 GEBELİKLE İLGİLİ DURUMLAR OLARAK DÜZELTİLDİ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• OKSAPAR; GEBELİKTE KATILIM PAYLI VERİLEBBİLECEĞİNDEN İTİRAZIN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OYBİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>• ZELBORAF 240 MG 56 FILM TABLET (ZELBORAF İÇİN ENDİKASYON DIŞI ONAY BELGESİNİN SÜRESİ DOLDUĞU İÇİN ÖDENMEZ.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ZELBORAF; 2023-23. KALAN; T.İ.T.C.K NIN DUYURUSUNA GÖRE ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ UZATMA KAPSAMINDA OLDUĞUNDAN VE 1 YILLIK SÜREYİ GEÇMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>

