



15.02.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none"> FEMARIS PLUS 150 MG/5600 IU FILM KAPLI TABLET(3 FILM TABLET)KEMİK ÖLÇÜM SONUCUNUN TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN SONRA OLDUĞU İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> FEMARIS; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none"> FORTINI MULTI FIBRE CİLEK 200 ML (300 KCAL)(15.05 TANI KODUNDA;YETİŞKİNLERDE SADECE MALNÜTRİSYON GELİŞMİŞ HASTALARDA MUAFİYET KAPSAMINDADIR.MALNÜTRİSYON TANIMI RAPORA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> FORTINI MULTI FIBRE ; HASTA YETİŞKİN OLMADIĞINDAN VE ÇOCUKLUK YAŞ GRUBUNDA İSE MALNUTRİSYON ARANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none"> ALATAB 600 MG 30 FTB(RAPORDA OLMAYAN 254 TESHIS KODU SİSTEME GIRILMIS.) ZOLADEX LA 10.8 MG DEPOT(HASTANIN ENDİKASYON DISI BELGESI YOK.UYGUN RAPOR KODUNUN SURES DOLMUS.SİSTEME 223 KODU GIRILMIS.) CRESTOR 10 MG.28 TABLET(HASTA ILACA 6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS ESKİ LDL DEGERI İLE ODENMEZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> ALATAB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. ZOLADEX ; 05/12/2023 TARİHLİ RAPORA EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. CRESTOR; TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

5	<ul style="list-style-type: none">LAMICTAL DC 100 MG.30 CIG TB.(BİPOLAR DUYGULANIM BOZUKLUĞU 272 - SAĞLIK BAKANLIĞI EK ONAYI ALINMADAN KULLANILABİLECEK ENDİKASYON DIŞI İLAÇLAR LİSTESİNDE YER ALMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">LAMICTAL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">COFACT 500 IU 1 FLK(REÇETE 223 UYARI KODU SEÇİLEREK KAYDEDİLMİŞTİR. ANCAK REÇETE ENDİKASYON DIŞI İZİN VERİLEN HEKİMİN BRANŞINA GÖRE DÜZENLENMEMİŞTİR)	<ul style="list-style-type: none">COFACT ; AYAKTAN TEDAVİDE PROFLAKSİ AMAÇLI REÇETE, ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE BELİRTİLEN BRANŞTA YAZILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB(RAPORDAKİ ENDİKASYON UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">SUBOXONE; RAPORDA UYGUN TANI KODU OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
8	<ul style="list-style-type: none">XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(RAPORDA KASTRASYONA DİRENÇLİ PROGRESYON OLARAK BELİRTİLMEMİŞ VE HASTADA PROGRESYON OLMADIĞI EKLENMEMİŞ. AYRICA KEMOTERAPİNİN KONTRENDİKE OLDUĞU DURUMLARDAN HANGİSİNİN MEVCUT OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR KAKAOLU 220 ML SİSE(330 KCAL)(17/05/2023 TARİHLİ BESLENME SOLUSYONU RAPORU SURESİ DOLDUĞU İÇİN 10/11/2020 TARİHLİ RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILARAK VERİLMİŞ RAPOR YENİLENMİŞ İSE ESKİ RAOR GEÇERLİ DEĞİLDİR)	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR ; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL)(RAPORDA FORTINI MULTİFİBER KAKAO/ÇİLEK/MUZ/VANİLYA ADLI ENTERAL BESLENME ÜRÜNÜNDEN ORAL YOLLA KARŞILAYACAKTIR YAZILI)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">ELMIRON 100 MG 100 KAPSUL ÜROLOJİ UZMAN HEKİMLERİ TARAFINDAN DÜZENLENEN 3 AY SÜRELİ UZMAN HEKİM RAPORUNA DAYANILARAK TEDAVİYE BAŞLANIR 3 AY SONRA TEDAVİYİ KESMEYİ GEREKTİRECEK YAN ETKİLERİN ORTAYA ÇIKMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULU İLE 3 AY DAHA TEDAVİYE DEVAM EDİLİR RAPOR SURESİ DOLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	<ul style="list-style-type: none">ELMIRON-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

12	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CIKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(PARKINSON HASTALIĞI (SADECE MALNÜTRİSYON GELİŞMİŞ HASTALARDA MUAFİYET KAPSAMINDADIR) RAPOR MALNUTRİSYON TANIMINA UYGUN DEĞİL)ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(RAPORDA HASTANIN GÜNLÜL RESOURCE PROTEIN 4*1 ,RESOURCE GLUTAMIN 3*2 ALMASI UYGUNDUR YAZILI)	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL- 07/12/2023 TARİHLİ RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI EKSİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.ABOUND PORTAKAL ; 15/12/2023 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">IMPACT GLUTAMIN 500 ML(565 KCAL)(MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİKTİR. SİSTEMDEKİ DİĞER RAPOR İLE EŞLEŞTİRİLEMEDİ.(KULLANILMAKTA OLAN SOLUSYON İSİMLERİ UYUŞMUYOR.)ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİKTİR. SİSTEMDEKİ DİĞER RAPOR İLE EŞLEŞTİRİLEMEDİ.(KULLANILMAKTA OLAN SOLUSYON İSİMLERİ UYUŞMUYOR.)ENSURE PLUS CİLEK AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİKTİR. SİSTEMDEKİ DİĞER RAPOR İLE EŞLEŞTİRİLEMEDİ.(KULLANILMAKTA OLAN SOLUSYON İSİMLERİ UYUŞMUYOR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML(RAPORDAKI DOZ 3/25IU ANCAK 3*30IU OLARAK REÇETELENMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">NOVORAPID FLEXPEN; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">ENSURE PLUS FİBER VANİLYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(HASTANIN22/04/2022 TARİHLİ RAPORUNUN SURESI DOLUNCA 21/12/2021 TARİHLİ RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILARAK VERİLMİŞHASTANIN RAPORU YENİLENDİYSE ESKİ RAPOR GEÇERSİZDİR)NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(HASTANIN22/04/2022 TARİHLİ RAPORUNUN SURESI DOLUNCA 21/12/2021 TARİHLİ RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILARAK VERİLMİŞHASTANIN RAPORU YENİLENDİYSE ESKİ RAPOR GEÇERSİZDİR)	<ul style="list-style-type: none">RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.

16	<ul style="list-style-type: none">LIPANTHYL 267 M KP. TRİGLİSERİD DÜZEYİNİN 500 MG/DL NİN ÜSTÜNDE OLMASI GEREKMEKTEDİR. HASTANIN DEĞERİ 500 MG/DL	<ul style="list-style-type: none">2024-03.KOM. KALAN; GÖRÜŞ SORULMUŞTUR. GELEN GÖRÜŞE GÖRE SONRADAN EKLENEN TANININ SEHVEN EKLENDİĞİ BELİRTİLDİĞİNDEN VE EK HASTALIK OLMADAN TRG DEĞERİ 500 ÜZERİNDE OLMASI GEREKTİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
----	---	--

