

17.12.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İtiraz Konusu	Komisyon Kararı
1	BENEDAY ENTERİK KAPLI TB. (RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR	BENEDAY ENTERİK KAPLI TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
2	ENJEKTÖR 2 CC (REÇETEDE SER. CAL DEĞERİ 10,2'NİN ÜSTÜNDE) ZEMİTOL 5 MCG/ML ENJ. ÇÖZ İÇEREN 5 AMP. (REÇETEDE SER. CAL DEĞERİ 10,2'NİN ALTINDA)	ENJEKTÖR 2 CC ; E-REÇETEDE SERUM CA DEĞERİNE (8,43) GÖRE DÜZENLENMİŞ CA DEĞERİ HESAPLANDIĞINDA 10,2 DEĞERİNİ GEÇMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
3	<ul style="list-style-type: none">• ULTROX 10 MG 28 FİLM TB. (LDL DEĞERİ BAŞLAMA KRİTERİNE UYGUN DEĞİL)• BENEDAY ENTERİK KAPLI TB. (254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA OLMADIĞI HALDE SİSTEME GİRİLEREK İLAÇ VERİLMİŞ)	<ul style="list-style-type: none">• ULTROX 10 MG 28 FİLM TB. ; ÖNCEKİ RAPOR SÜRESİ BİTELİ 6 AYDAN FAZLA OLDUĞU İÇİN İDAME TEDAVİ SAYILAMAYACAĞINDAN VE BİRER HAFTA ARA İLE YAPILAN 2 ÖLÇÜM DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE• BENEDAY ENTERİK KAPLI TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
4	COLIDUR 200 MG 12 FTB (ENDİKAYON DIŞI KULLANIM)	COLIDUR 200 MG 12 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
5	ENJEKTOR 5 CC (KESİLEN ENJEKTABLA İSTİNE DENMEDİ.) FORSEF IM 1 GR.ENJ. (HASTA 12.10.2020 TARİHİNDE 72 SAATLİK DOZ ALMIŞ.EHU ONAYI OLMADAN ALAMAZ.)	ENJEKTOR 5 CC - FORSEF IM 1 GR.ENJ. ; ÖNCEKİ REÇETEDEKİ DOZ (2*2) İLE 72 SAATLİK SÜRE AŞILMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
6	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) (LABA +İKS İLE BERABER KULLANILMASI İÇİN RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL.)	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
7	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) (RAPOR SUT AUYGUN DEĞİL)	SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	LIPITOR 20 MG.30 TB. (RAPORDA LDL ÖLÇÜLEN TARİH ANLAŞILAMADI.)	LIPITOR 20 MG.30 TB. ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	FERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL (RAPORDA HEMODİYALİZE GİRDİĞİ YAZMIYOR.)	FERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL ; RAPORDA SUT UN 4.2.41. MADDESİNE BELİRTİLEN DURUMLAR YAZMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) (RAPORDA MAMA ADI YOK)	NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
11	<ul style="list-style-type: none">• MODULEN İBD 400 GR (2000 KCAL) (RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)• PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP (RAPORDAKİ DEĞERLER SUT A UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• MODULEN İBD 400 GR (2000 KCAL) ; reçetede yer alan resource mama dozu 1400 kcal yapmaktadır. Günde 1*1 modulen ise 2000 kcal eder. Rapora eklenen 2300 kcal miktarına göre hesaplanarak ödenmesine.• PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP ; BAŞLANGIÇ RAPORU OLMADIĞINDAN VE E-REÇETEDEKİ DEĞERLER UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
12	EMETRİL 2 MG 5 FTB (Kemoterapiyi takiben günde iki kez bir film kaplı tablet (1 mg) veya 2 mg günde bir kez bir haftaya kadar kullanılabileceğinden 2 kutu bedeli ödenmiştir.)	EMETRİL 2 MG 5 FTB ; kemoterapiyi takiben 1 haftalık dozda kullanılabileceğinden 2 kutu bedeli ödenmiştir, itirazın reddine
13	LATİXA 375 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB (SUT Madde 4.2.15.F RAPORDA BELGELENMEMİS.)	LATİXA 375 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	<ul style="list-style-type: none">• FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP (Raporda Hemodiyalize	<ul style="list-style-type: none">• FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP ; RAPORA YAPILAN

	<p>girdiği yazmıyor)</p> <ul style="list-style-type: none"> • PLAVIX 75 MG 28 FTB (Uygun tanı kodu girilmemiş.) 	<p>EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</p> <ul style="list-style-type: none"> • PLAVIX 75 MG 28 FTB ; İSKEMİK İNMEYE BAĞLI ANJİOGRAFİ YAPILDIĞI TESPİT EDİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
15	HEPAZEC 200 MG FILM TABLET (12 TABLET) (Ek 4 E madde 13)	HEPAZEC 200 MG FILM TABLET (12 TABLET) ; REÇETENİN İADESİNE
16	FEMARA 2.5 MG.KAPSUL (Postmenopozal meme ca.endikedir.)	FEMARA 2.5 MG.KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	URODAY 3 GR 1 SASE (432 - Alt üriner sistem enfeksiyonu)	URODAY 3 GR 1 SASE ; Alt üriner sistem enfeksiyonu tanısı e-reçetede olmadığından itirazın reddine.
18	ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA (HAFTALIK DOZ 150MCG Yİ GEÇEMEZ)	ARANESP 50 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA ; MDS TANISINDA HAFTALIK DOZ 150 MCG'Yİ GEÇTİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
19	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML. (RAPOR DOZUDUR.)	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	ZOLAX 150 MG.2 KAPSUL (sisteme girilen uyarı kodu reçetede yok)	ZOLAX 150 MG.2 KAPSUL ; E-REÇETE TANISINA GÖRE (B35.4), 261 - Dermatomikoz UYARI KODU SEÇİLEREK ÖDENMESİNE.
21	METACARTIN 2G/10ML ORAL COZ. ICEREN 10 FLK (15.04 TEŞHİS KODUNDA E71.2 ICD-10 ÖDENMEZ)	METACARTIN 2G/10ML ORAL COZ. ICEREN 10 FLK. ; RAPOR TANI KISMINDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"> • PLETAL 100 MG 60 TABLET 8 (RAPORDA HASTANIN DURUMU BELİRTİLMİYOR.ÖDENME ŞARTI YAZIYOR.) • VIRTENIX 245 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET) (İLK RAPORDA VE DEVAMINDA HBVDNA SEVİYESİ BELİRTİLMEMİŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> • PLETAL 100 MG 60 TABLET ; RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE • VIRTENIX 245 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORDA BİYOPSİ KONTRENDİKASYON DURUMU UYGUN OLMADIĞINDAN VE BAŞLANGIÇ KRİTERİ HBV DNA DEĞERİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE