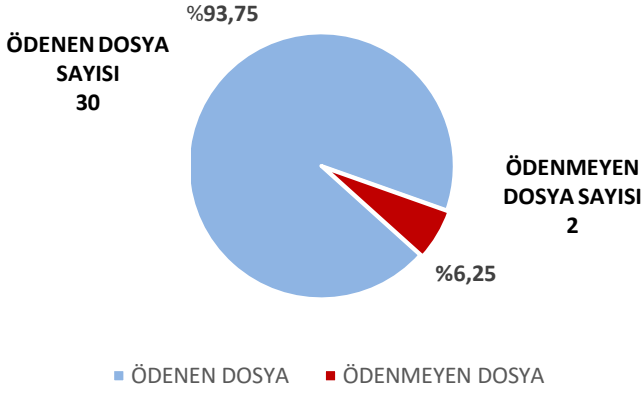


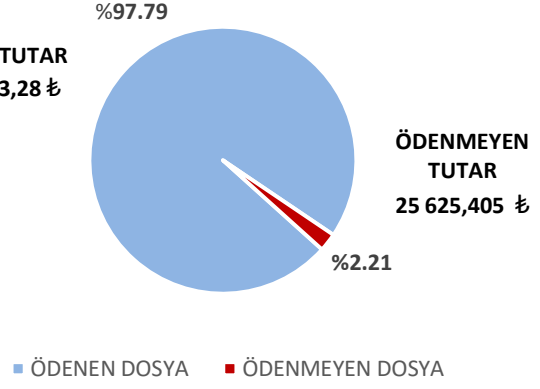
27.İTİRAZ KOMİSYONU

GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=32



27.İTİRAZ KOMİSYONU

ÖDENEN TUTAR
1 132 753,28 ₺



19.09.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(Infatrini 18 aylıktan küçük bebeklerde ödenir)	<ul style="list-style-type: none">INFATRINI;EKLENEN ASM DOKTOR BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">ASACOL 500 MG 20 SUPP(RAPOR DOZU ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">DROPOETİN 4000 IU/0,4 ML SC/IV ENJ ICIN COZ ICEREN KULL HAZIR 6 SİRİNGA(Doz :150 IU/kg/Hafta Kuru Kilo : 66 Kg olarak düzeltildiğinde;37EZOQ1 numaralı reçetede ilacın ilaç alım tarihini aşmıştır.(1 kutusu kesildi)	<ul style="list-style-type: none">DROPOETİN;BİR SONRAKİ REÇETE TARİHİ DEĞİŞTİĞİNDEN HAFTADA 9900 Ü OLARAK YENİDEN KAYDEDİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.
4	<ul style="list-style-type: none">TOPAMAX 25 MG.60 FILM TB.(Topiramat tedavisine, diğer profilaktik migren ilaçlarının 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldığı durumlarda)TOPAMAX 50 MG.60 FILM TB.(Topiramat tedavisine, diğer profilaktik migren ilaçlarının 6 ay süreyle kullanılıp etkisiz kaldığı durumlarda)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">STELARA 90 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJ(Rapor kriterleri yetersizdir.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
6	<ul style="list-style-type: none">ATOR 40 MG.30 TB.(Rapor başlangıç tarihinde geriye dönük 6 ay içerisinde ilaç kullanımı bulunmamaktadır.Rapor tarihi ile uyumlu LDL tetkik neticesi gereklidir.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE

7	<ul style="list-style-type: none">• ABOUT PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)• GLUCERNA SR CIKOLATA AROMALI 230 ML SOL(206 KCAL)(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
8	<ul style="list-style-type: none">• EXCALIBA 20/5 MG 28 FILM TABLET(EK-4/F Madde 51-)• SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(Rapor kriterleri yetersizdir.)	<ul style="list-style-type: none">• EXCALIBA -RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• SPIRIVA-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">• ARANESP 80 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(Hesaplanan Doz :67.12)	<ul style="list-style-type: none">• ARANESP 80 MCG; 70 MCG LİK FORM OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">• LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(Eylea-Lucentis SUT'un 4.2.33/3 maddesinde belirtilen Tedavinin etkinliğine yönelik değerlendirme kriterlerinin tamamı; idame tedavi olduğu için bir önceki muayenede tespit edilen değerlendirme kriterleriyle mukayese edilerek raporda belirtilmesi gerekmektedir.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
11	<ul style="list-style-type: none">• VINTOR 0,5 MG 28 KAP(edss değeri belirtilmelidir)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
12	<ul style="list-style-type: none">• ARYOSEVEN 1,2 MG (60KIU) IV ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK ICIN TOZ VE COZUCU (1 FLAKON + 1 COZUCU(ENDİKASYON DIŞI KULLANIM ONAYI ALAN HEKİMİN BRANŞI İLE REÇETİYİ DÜZENLEYEN HEKİMİN BRANŞI AYNI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">• HASTANEDE İLGİLİ BRANŞ BULUNMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">• TANSIFA PLUS 16 MG/5 MG/12.5 MG TABLET (28 TABLET)(Hastanın monoterapi ile kan basıncının yeterli oranda kontrol altına alınamıyorsa raporda belirtilmesi gereklidir.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
14	<ul style="list-style-type: none">• SIMPONI 50 MG ENJ. COZ.ICEREN KUL. HAZIR 1 KALEM (ANTI TNF)(Lenalidomitle değil, metotreksatla kombine olarak endike)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE

15	<ul style="list-style-type: none">• FERROVEN 100 MG 5 ML IV 5 AMPUL(madde 4.2.41 e uymamaktadır)	<ul style="list-style-type: none">• FERROVEN- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
16	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE 2.0 FIBRE CILEK AROMALI 190 ML(raporda mamanın tam adı yazmıyor.)• VALTRES 500 MG.42 TB.(reçetede endikasyon uyumu yok.)	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE 2.0 FIBRE-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.• VALTRES; EK-4/D LİSTESİNDE C90 TANISINDA ANTİVİRALER VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">• MOXAI (raporda tedaviden fayda gördüğü belirtilmemiş.)• LUCENTIS 10 MG/ML (raporda tedaviden fayda gördüğü belirtilmemiş.)• LUCENTIS - (ALTUZAN UYGULANAN 2.DOZ TARİHİ 4-6 HAFTA ARASI OLMADIĞI İÇİN KESİNTİ YAPILDI.)• EVASIF 245 MG 30 FTB(raporda anti-hbs durumu belirtilmemiş.)• LUCENTIS -(hastaya 3.doz avastin uygulanan tarih uygun değil.)• RIVELIME 20 MG SERT KAPSUL (21 KAPSUL)(raporda sutta istenen bilgiler eksik.)• LUCENTIS -(Hastanın tedaviden fayda gördüğü raporda belirtilmemiş.)	<ul style="list-style-type: none">• MOXAI-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE• LUCENTIS- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE• LUCENTIS;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE• EVASIF-RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDAN GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE• LUCENTIS;RAPORA AVASTIN TARİHİ İLE İLGİLİ EKLEME YAPILMIŞTIR.ANCAK GÜNCEL OCT DEĞERİ VE TARİHİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.• RIVELIME; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE• LUCENTIS;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
18	<ul style="list-style-type: none">• RIVOKSAR 20 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET)(geçmişte warfarin kullanımına rastlanmamıştır)	<ul style="list-style-type: none">• RIVOKSAR;Raorda orta-ciddi mitral darlık Veya mekanik protez kapağı olmadığı belirtilmediğinden itirazın reddine.
19	<ul style="list-style-type: none">• FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(Malnütrisyon tanısı yetersiz)	<ul style="list-style-type: none">• FORTIMEL ENERGY-RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE
20	<ul style="list-style-type: none">• ECOPIRIN 100 MG 30 TB(asa intoleransı mevcut ödenmez)	<ul style="list-style-type: none">• BİTEN RAPORDAN SONRA YENİ RAPORLAR DÜZENLENDİĞİNDEN VE GÜNCEL RAPORUNDA ASA İNTOLERANSI BELİRTİLMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
21	<ul style="list-style-type: none">• ARANESP 60 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(hasta kilosuna reçetede yoktur)	<ul style="list-style-type: none">• ARANESP 60 MCG;E-REÇETEDEN KİLO VE KİLO BAŞINA KULLANILACAK MCG BELİRTİLMESİ İÇİN İADESİNE

22	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR FIBRE CIKOLATA AROMALI 190 ML(285 KCAL)(çocukların boy kısalığının büyüme hormonu eksikliğine bağlı olması durumunda beslenme solüsyonu ödenmez)	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE ; RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI YAPILDIĞINDAN VE SUTTA BÜYÜME HORMONU İLE İLGİLİ MADDEDE BESLENME BOZUKLUĞU İBARESİ KALDIRILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(İade sonrası malnütrisyon tanımı SUT'a uygun değil/eksik.)	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY ; İADE SONRASI YAPILAN EKLEME UYGUN GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">LEUCOSTIM 30 MIU SC/IV KULL HAZIR 5 ENJ(endikasyon uyumu aranır)	<ul style="list-style-type: none">LEUCOSTIM ; RAPORDA KANSER TEŞHİSİ İLE BİRLİKTE NÖTROPENİ AÇIKLAMASI BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.

