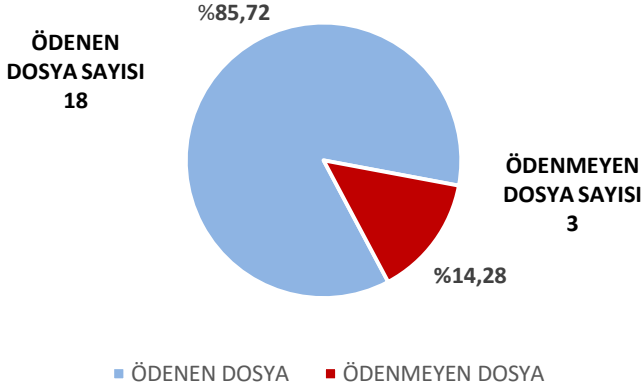
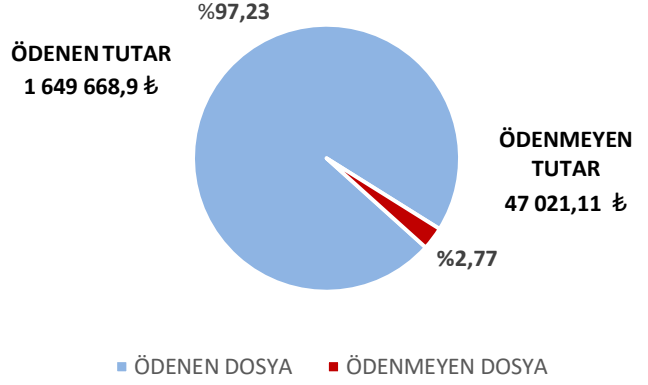


35.İTİRAZ KOMİSYONU
GÖRÜŞÜLEN DOSYA SAYISI=21



35.İTİRAZ KOMİSYONU



21.11.2024 TARİHLİ 35. İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">ROMPAG 50 MG FILM KAPLI TABLET (14 TABLET)(SUT ILACIN VERILMESINI 1 yaşından itibaren trombosit sayısı 30.000'in altında olan kanamalı kronik immün trombositopenik purpura hastalarında tedaviye başlanır KOŞULUN BAĞLADIĞI İÇİN ENDİKASYON DIŞI BELGE İLE VERİLMEZ)	<ul style="list-style-type: none">ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">INSPIRA 25 MG 30 FTB(ödeme koşulunu karşılamayan rapor)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 İNH.)(Rapor uygun değil (SUT 4.2.38 - (6)).)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">UROCIK-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB(Rapor uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">EZETEC PLUS 10 MG/20 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(Medula kayıtlarına göre statin 3 ay kullanılmış. Sonra Ezetimib'e geçilmiş.)	<ul style="list-style-type: none">ÖNCEKİ STATİN RAPORU 2 AY ÖNCESİNE AİT OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">VIREAD 245 MG 30 FILM KAPLI TABLET(rap. uygun yeni tahlil son. Eksik)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">GADOVIST 604.72 MG ML 15 ML 1 FLK.(REÇETEDE "MR" İÇİN YAZILDIĞI BELİRTİLMEDİĞİNDEN İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.FAKAT İADE SONRASI EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">İADE SONRASI EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.

8	<ul style="list-style-type: none">MATOFIN 500 MG 100 XR TB(RAPORDAKI ILAC DOZUNA ISTINADEN RECETE DOZU DUZELTILDI.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL)(rap. günlük kal. 1100 un.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA SONRADAN 1500 KCAL/GÜN ŞEKLİNDE DOZ BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">RESOURCE JUNIOR VANILYA AROMALI 200 ML(300 KCAL)(malnutrisyon tanımı uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">ATOR 20 MG.30 TB.(son 1 yıl içinde ilaca 6 aydan fazla ara verilmiştir.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEME HASTANE TARAFINDAN GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">LATIXA 750 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB(rapor sut şartlarına uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">LATIXA- RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">ALDACTONE 100 MG.16 TB.(DIURETİK)(rapordaki doza göre düzeltildi)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI(10 GR)(Hasta kaydında 10.10.2024 e kadar ayda 5*6 dozunda 5 gramlık form mevcuttur. Rapor dozu aşamaz)	<ul style="list-style-type: none">6 GÜNLÜK ERKEN ALIM SON REÇETESİNE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(uygun rapor seçildi ilaç adedi sistem tarafından düşürüldü)	<ul style="list-style-type: none">09/08/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(ilaca başlandıktan 3 ay sonra, başlangıca göre apse ve inflamatuvar nodüllerde en az %50 azalma ve apse sayılarında artış olmaması ve akıntılı fistüllerin sayısında artış olmaması durumunun raporda belirtilmesi gerekir)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">OCTAGAM 5 G/100 ML IV INFUZYONLUK COZELTI(5 GR)(Hasta kaydında 07.10.2024 e kadar rapor 3 haftada 1*15 dozunda 10 gramlık form mevcut. Rapor dozu aşamaz)	<ul style="list-style-type: none">6 GÜNLÜK ERKEN ALIM SON REÇETEYE EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">PERFOSE 800 MG 180 FTB(Reçetede fosfor düzeyi belirtilmemiş.(SUT 4.2.9.(B)-(3) Her reçetede fosfor düzeyini gösterir son 1 ay içinde yapılmış tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu belirtilir.))	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.

19	<ul style="list-style-type: none">PERFOSE 800 MG 180 FTB(Reçetede fosfor düzeyi belirtilmemiş SUT 4.2.29-(B)-(3) Her reçetede fosfor düzeyini gösterir son 1 ay içinde yapılmış tetkik sonuç belgesinin tarihi ve sonucu belirtilir.)	<ul style="list-style-type: none">EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">VIRATIT 0,5 MG 30 FILM TABLET(devam kriteri için tarih belirtilmemiş.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none">TEROLAM 800 MG 180 FILM KAPLI TABLET(rapor sut şartlarını karşılamıyor)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

