



23.05.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"> ALIPZA 2 MG FILM TABLET(RAPORDA LDL DEĞERİ YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPOR ÖNCESİ TEDAVİDE 6 AYDAN FAZLA ARA OLDUĞUNDAN VE GÜNCEL LDL DEĞERİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
2	<ul style="list-style-type: none"> XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET)(NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA, TEKRAR ANTİHİSTAMİNİK TEDAVİSİ ALMA KOŞULU ARANMAKSIZIN 24 HAFTA SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORLARINA İSTİNADEN TEDAVİ TEKRARLANABİLİR, RAPORUN SÜRESİ DOLMUŞTUR.) 	<ul style="list-style-type: none"> 08/11/2023 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none"> ANTI-FOSFAT CC 500 MG.100 FILM TB.(RAPORDAKİ İLAC DOZUNA İSTİNADEN RECETE DOZU DÜZELTİLDİ. 	<ul style="list-style-type: none"> RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
4	<ul style="list-style-type: none"> EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(TEDAVİYE CEVABIN YETERLİ OLDUĞUNUN BELİRLENMESİ AÇISINDAN GEREKLİ ŞARTLARDAN HERHANGİBİRİSİNİ İÇERMEYEN RAPOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none"> KOMPLİA 15 MG SERT KAPSUL (21 ADET)(EN AZ 2 KÜR STANDART MULTİPLE MYELOM TEDAVİSİ (VAD, MP VEYA DİĞER STANDART ANTİMİYELOM REJİMLER) KULNİM SONRASI HASTALIK PROGRESYONU GELİŞMİŞ HASTALARDA ÖDENİR:PROGRESYOMNUN OLDUĞU RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

6	<ul style="list-style-type: none">TARDEN 20 MG.30 FILM TB.(LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.İDAME TEDAVİ DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA EKLENEN LDL MEDULA HASTANEDE GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">OPIREL 75 MG 28 FILM TABLET(RAPORDA ANJIO SONUCU YOK.)	<ul style="list-style-type: none">İLGİLİ RAPORDA ANJİOGRAFİ SONUCU BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTIRAZIN REDDİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">ADENURIC 80 MG 28 FILM KAPLI TABLET(SUT MADDE 4.2.52)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTALIĞIN EVRESİNE AİT FARKLI İFADELER OLDUĞU İÇİN ENDİKASYON UYUMU TESPİT EDİLEMEDİ.)LETU 2,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET(HASTALIĞIN EVRESİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN ENDİKASYON UYUMUMU TESPİT EDİLEMEDİ.)	<ul style="list-style-type: none">LETU ; EVRE 2 VE LOKAL İLERİ EVRELERDE ENDİKASYONU OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.LETU; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">ROMPAG 25 MG FILM KAPLI TABLET (14 TABLET)(YENİLENEN HER RAPORDA HASTANIN BİR ÖNCEKİ RAPORUNDA YER ALAN TROMBOSİT DEĞERLERİ VE AYRICA TEDAVİYE BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ VE BAŞLANGIÇ TARİHİ BELİRTİLİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">BACLOREX 10 MG/5 ML INTRATEKAL INFUZYONLUK COZELTI (1 FLAKON)(RAPORDA, SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK BELİRTİLMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR KAKAOLU 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">OCTAGAM 10 G/200 ML IV INFUZYONLUK COZELTI(10 GR)(RAPORDA ACİL DURUM BELİRTİLMİŞ ANCAK DÜZENLİ IVIG ALAN HASTA. RAPOR İDAME KRİTERLERİNE UYGUN DEĞİL (SAĞLIK KURULU, İMMUNSUPRESİFLERE DİRENÇ, VS)	<ul style="list-style-type: none">21/03/2024 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(AŞ ALTI ÇOCUKLAR İÇİN YAŞA GÖRE AĞIRLIK (< - 2SD) OLMASI DURUMUNDA...)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">CLOGAN 75 MG 28 FTB(SUT MADDE 4.2.15A)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET(BAŞLANGIÇ HBV DNA DEĞERİ UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

17	<ul style="list-style-type: none">TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (IKS+LABA+LAMA)(4.2.24-SOLUNUM SİSTEMİ HASTALIKLARI İLAÇLARI KULLANIM İLKELELERİ)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">PLETAL 100 MG 60 TABLET(PLETAL PLAVİX ECOPRİN BİRARDA KULLANIMI KONDRENDİKEDİR)	<ul style="list-style-type: none">PLETAL ; İLACIN PROSPEKTÜSÜNDE İKİ VE DAHA FAZLA ANTİKOAGÜLANIN KULLANIMININ KONTRENDİKE OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML(REÇETEYE ESAS 28.11.2028 TARİHLİ RAPORDA DOZ 3X30ÜNİTEDİR. (REÇETE 3X40 Ü DOZ İLE FATURA EDİLMİŞ) DOZ DÜZELTİLDİ, KESİNTİ OLUŞTU.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">ATOR 20 MG.30 TB.(İDAME TED. DEĞİL ESKİ TAR. RAPORDA LDL MEVCUT)	<ul style="list-style-type: none">21/09/2022 TARİHİNDEN İTİBAREN DÜZENLİ KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none">TROMBOXAR 5 MG FILM KAPLI TABLET(SUT MADDE 4.2.15 D)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none">IMMUNINE 600 IU IV INF İCİN LIYO TOZ İCEREN FLK(RAPOR AÇIKLAMASINDA PROFİLAKSİ İÇİN 25-40 IU/KG/HAFTA DOZ BELİRTİLMİŞ OLUP 74 KG HASTA İÇİN HAFTADA 2960 IU BU İHTİYACI KARŞILAMAKTADIR)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET(HASTANIN SİSTEMDE KAYITLI DM RAPORU VE RAPORSUZ DM İLAÇ KULLANIMI YOKTUR.)	<ul style="list-style-type: none">TIOPATI-GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">CALCIMAX-D3 1000 MG/ 880 IU EFF TB (CALCIMAX-D3 30 EFF. TB)(RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">VINTOR 0,5 MG 28 KAP(" BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG'LERDE LEZYON YÜKÜNDE ARTIŞ" İFADESİYLE İLGİLİ DETAY AÇIKLAMASI YAPILMAMIŞ. DEVAM KRİTERİ İÇİN;EDSS İÇİN RAPOR TARİHİNDE ÖLÇÜM YAPILDI İSE TARİH RAPORDA BELİRTİLMELİ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

26	<ul style="list-style-type: none">• ATOR 40 MG.30 TB.(İDAME TED. DEĞİL.ESKİ TAR. LDL MEVCUT)	<ul style="list-style-type: none">• 28/07/2022 TARİHLİ RAPOR İLE DÜZENLİ OLARAK STATİN ALINDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İDAME TEDAVİYE GÖRE ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none">• CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (ANTI TNF)(DİĞER HASTALIK MODİFİYE EDİCİ İLAÇLARA DİRENÇLİ OLDUĞUNUN RAPORDA YAZMASI GEREKİR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORDA KONVANSİYONEL TEDAVİLERE YANIT ALINAMADIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
28	<ul style="list-style-type: none">• XOLAIR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA, TEKRAR ANTİHİSTAMİNİK TEDAVİSİ ALMA KOŞULU ARANMAKSIZIN 24 HAFTA SÜRELİ SAĞLIK KURULU RAPORLARINA İSTİNADEN TEDAVİ TEKRARLANABİLİR. RAPORUN SÜRESİ DOLMUŞTUR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	<ul style="list-style-type: none">• IMBRUVICA 140 MG 120 KAPSUL (ENDİKASYON DIŞI SÜRESİ (31.12.2021) BİTMİŞ, ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• IMBRUVICA; 2024-11.KOM. KALAN; GELEN GÖRÜŞE VE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

