

## 23.06.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• AYSETFINE INSULIN KALEM İGNEİ 31G (0,25X6MM)( İLAÇ DOZUDUR.)</li><li>• XARELTO 20 MG 28 FTB ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• AYSETFINE INSULIN KALEM İGNEİ 31G;GÜNDE TEK DOZ İNSÜLİN KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN KEŞİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALİ EDİLMİŞTİR.</li><li>• XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMİYE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>
2	FRESUBIN HEPA DRINK CAPPUCCINO AROMALI 1X200 ML (YATAN HASTA REÇETESİ 5 GÜNLÜK DOZ ÖDENDİ. )	FRESUBIN HEPA DRINK CAPPUCCINO AROMALI 1X200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMİYE GÖRE ÖDENMESİNE
3	ATOR 10 MG.30 TB.( 01.02.2022 VE 03.02.2022 TARİHLİ TAHLİLLER SİSTEMDE BULUNMAMAKTADIR.)	ATOR 10 MG.30 TB; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
4	NOVOSEVEN RT 1 MG ENJ COZ İCİN TOZ VE COZUCU ( 1 GÜNLÜK DOZ ÖDENİR)	NOVOSEVEN RT 1 MG ENJ COZ İCİN TOZ VE COZUCU ; RAPORA YAPILAN EKLEMİYE GÖRE ÖDENMESİNE
5	<ul style="list-style-type: none"><li>• BRONTIO 18 MCG 30 İNHALASYON İCİN TOZ İCEREN 30 KAP (LAMA) ( HASTA KOMBİNASYON TEDAVİ ALIYOR VE RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.)</li><li>• ATOR 40 MG.30 TB.( RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ.)</li><li>• CORASPİN 100 MG.30 TB.( RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ.)</li><li>• DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) ( RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ.)</li><li>• DULOXX 60 MG 28 KAP (SNRI)( RAPOR SÜRESİ 6 AYI GEÇTİĞİNDEN DEVAM REÇETESİ OLARAK) VERİLEMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• BRONTIO 18 MCG 30 İNHALASYON İCİN TOZ İCEREN 30 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMİYE GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>• ATOR 40 MG.30 TB; CORASPİN 100 MG.30 TB ; DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL ;6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN DUXET İÇİN KEŞİNTİNİN DEVAMINA VE REÇETEDEKİ DİĞER İLAÇLARIN ÖDENMESİNE</li><li>• DULOXX 60 MG 28 KAP; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
6	COVERSYL 10 MG.30 TABLET ( HASTANIN RAPORU PASİF.KULLANDIĞI İLAÇ KOMBİNASYONU MEVCUT.)	COVERSYL 10 MG.30 TABLET;TRİPLİXAM REÇETESİ 24/04/2022 TARİHİNDE BİTTİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none"><li>• ELİGARD 22,5 MG ENJ.COZ.İCİN SİRİNG ( RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)</li><li>• LEUCOSTİM 30 MIU SC/IV KULL HAZİR 1 ENJ( RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK.)</li><li>• BETASERC 16 MG.30 TABLET ( RAPORDA UYGUN İCD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• ELİGARD-RAPORA YAPILAN EKLEMİYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• LEUCOSTİM- RAPORA YAPILAN EKLEMİYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>• BETASERC; RAPORDA UYGUN İCD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>• GLUTAMİN PLUS NOTRAL 30X22,4 G SASE (2420 KCAL)( 180 GÜN SÜRE İLE KULLANIMI UYGUNDUR İBARESİ İLE ÇIKARILMIŞ ANCAK ÇIKIŞ YAPILMAYA DEVAM EDİLMİŞ)</li><li>• SUPPORTAN DRINK CAPPUCCINO AROMALI 200 ML(300 KCAL)( 180 GÜN SÜREYLE</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• CERRAHİ SONRASI MAMA KULLANIMI OLDUĞUNDAN VE RAPOR 180 GÜNLÜK ÇIKTIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

	KULLANIMI UYGUNDUR IBARESİ İLE RAPOR ÇIKARILMIŞ ANCAK ÇIKIŞ YAPILMAYA DEVAM EDİLMİŞ)	
9	COLNAR 10 MG 28 TABLET ( LDL SONUCU UYGUN DEĞİL.)	COLNAR 10 MG 28 TABLET;LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)( RAPORDA SADECE NUTRIVIGOR SOL YAZILŞI)	ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET;03/07/2020 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
11	INFATRINI 200 ML(200 KCAL)( RAPORDA HASTANIN GÜNCEL KİLOSU BELİRTİLMEMİŞ.)	INFATRINI 200 ML ;INFATRINI 200 ML;14/06/2022 TARİHİNDE YENİLENEN RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
12	FORZIGA 10 MG 28 FTB ( SYNJARDY VE FORZİGA SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR SODYUM-GLUKOZ CO-TRANSPORTER 2) (SGLT2) İNHİBİTÖR İLACI MEVCUT OLUP HER İKİSİNİN BİRLİKTE KULLANIMIYLA GÜNLÜK MAX DOZ AŞILMIŞTIR(DAPA VE EMPAGLİFLOZİN)	FORZIGA 10 MG 28 FTB; BAŞKA BİR RAPORLA AYNI GRUPTAN BAŞKA SGLT -2 İNH. VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
13	HEPAZEC 200 MG FILM TABLET (12 TABLET)( TEDAVİ SÜRESİ 7 GÜNÜ GEÇMEMELİDİR.. TEDAVİ SÜRESİ DOKTOR TARAFINDAN HASTANIN KLİNİK CEVABINA GÖRE BELİRLENMELİDİR..TEKRARLAYAN TEDAVİ SERİLERİNİN GEREKLİ OLDUĞU VAKALARDA HER BİR TEDAVİ SERİSİ 20-40 GÜNLÜK İLAÇSIZ DÖNEMLERLE AYRILMALIDIR. BU HASTADA HIÇ ARA VERİLMEYEN SUREKLI HASTAYA İLAÇ VERİLMİŞ OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ)	HEPAZEC 200 MG FILM TABLET;KRONİK BÖBREK HASTALIĞI İLE BİRLİKTE ENSEFELOPATİ TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ( RAPORDA SUT A GÖRE EKSİKLİK VAR.)</li> <li>RANEKS 20 MG 28 ENTERİK TB ( RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RAPORA DİĞER ŞARTLARLA BİRLİKTE MEKANİK PROTEZ KAPAK HASTALIĞI OLMADIĞI BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li> <li>RANEKS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
15	SUPPORTAN DRINK CAPPUCCINO AROMALI 200 ML(300 KCAL)( RAPORUN 3 AY GEÇERLİ OLDUĞU BELİRTİLDİĞİ HALDE SİSTEME 2 YIL OLARAK GIRILMIŞ )	SUPPORTAN DRINK CAPPUCCINO AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	TEGELINE 10 G.200 ML( ŞUT 4.2.12.B 1) KRONİK İNFLAMATUVAR POLİNÖROPATİ ENDİKASYONUNDA STEROİD TEDAVİSİNE (PULS VE İDAME TEDAVİSİNE EN AZ 6 AY) YETERSİZ CEVAP VEYA STEROİD TEDAVİSİNE KANITLANMIŞ KOMPLİKASYON VE/VEYA KONTRENDİKASYON DURUMLARINDA ..... BAŞLANGIÇ TEDAVİSİNE YANIT ALINMASI HALİNDE 3 HAFTADA BİR 0,4-1 G/KG TOTAL DOZ 1-2 GÜNDE UYGULANIR.)	TEGELINE 10 G.200 ML;BAŞLANGIÇ RAPORUNA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	NOVOSEVEN RT 1 MG ENJ COZ İCİN TOZ VE COZUCU( E-REÇETE AÇIKLAMASINA GÖRE DOZ DÜZELTİLDİĞİNDE OTOMATİKMAN OLUŞAN KESİNTİ )	NOVOSEVEN RT 1 MG ENJ COZ İCİN TOZ VE COZUCU;RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA VE HEKİM YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
18	FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML MUZ AROMALI(200 KCAL) (RAPORDA FORTINI MULTI FİBER SOL YAZILI FORTINI 1,0 MULTIFİBER SOL OLARAK VERİLMİŞ )	FORTINI 1,0 MULTI FİBRE 200 ML MUZ AROMALI ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	VEMLİDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET ( VEMLİDY E GEÇİŞ KRİTERİ UYGUN DEĞİL.)	VEMLİDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28( TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.11/2021 TARİHLİ FERRİTİN DEĞERİ İLE VERİLMİŞ)	EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

21	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ( ANJİOTENSİN RESEPTÖR BLOKERLERİNİN DİĞER ANTİHİPERTANSİFLER İLE KOMBİNASYONLARININ KULLANILMINDA; HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.)	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ( ANJİOTENSİN RESEPTÖR BLOKERLERİNİN DİĞER ANTİHİPERTANSİFLER İLE KOMBİNASYONLARININ KULLANILMINDA; HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.)	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK ( RAPOR PARENTERAL DEMİR PREPARATI KULLANIMI İÇİN YETERLİ AÇIKLAMA İÇERMEMEKTEDİR.ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	FERINJECT 500 MG 10 ML 1 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB( KMY ÖLÇÜM DEĞERİNE GÖRE RAPOR ICD 10 KODU YETERSİZ.)	FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML.( HASTANIN GÜNCEL RAPORUNDA DOZ 2X40 OLARAK TEPŞİT EDİLDİ )	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	XARELTO 20 MG 28 FTB( SUT 4.2.15 D 1 DE BELİRTİLEN RİSK FAKTÖRLERİNİ TAŞIMAMAKTADIR.)	XARELTO 20 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	AIMAFIX-D.I 500 IU 1 FLK ( RAPOR PROFLAKSİ İÇİN UYGUN DEĞİL)	AIMAFIX-D.I 500 IU 1 FLK ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	ALVASTIN 10 MG.30 FILM TABLET ( HASTANIN İLK RAPORUDUR.RAPOR BAŞLANGIÇ TARİHİNDEN GERİYE DÖNÜK 6 AY İÇERİSİNDE İLAÇ KULLANIMI BULUNMAMAKTADIR.)	ALVASTIN 10 MG.30 FILM TABLET ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	SAIZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS( HASTANIN TEDAVİYE BAŞLANDIĞI İLK RAPORUNDAKİ KEMİK YAŞI KRİTERLERİ UYGUN DEĞİLDİR.)	SAIZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS; HASTANIN PUBERTE DÖNEMİNDE OLDUĞU RAPORA EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
30	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL) ( RAPORDA MAMA ADI YOK.)</li> <li>ABOUND PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)( RAPORDA MAMA ADI YOK.)</li> <li>ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞI BELİRTİLMİYOR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ABOUND-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>ABOUND-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>ELIQUIS -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
31	ARLEC 6,25 MG 28 TB( RAPORDAKİ DOZU=1*1)	ARLEC 6,25 MG 28 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	ATOR 20 MG.30 TB.( LDL TARİHİNDEN SONRA İLAÇ KULLANILMADIĞI İÇİN KESİLDİ. )	ATOR 20 MG.30 TB; 2019 YILINDAKİ RAPORLARIYLA RAPOR TARİHİNE KADAR STATİN ALDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İDAME TEDAVİYE GÖRE ÖDENMESİNE.
33	MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP ( RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK.)	MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

