

24.12.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İtiraz Konusu	Komisyon Kararı
1	AKLOVİR 800 MG.20 TB (rapordaki teşhisle ödenmez)	AKLOVİR 800 MG.20 TB ; KEMİK İLİĞİ NAKLİ SONRASI BAĞIŞIKLIK SİSTEMİ YETERSİZLİĞİ İLACIN ENDİKASYONUNDA OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
2	SECITA 20 MG 28 FILM TABLET (SSRI) (F43.2 ICD10 KODUNDA ÖDENMEZ.)	SECITA 20 MG 28 TB. (SSRI) ; RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
3	GLUKOFEN 1000 MG 100 FILM TABLET (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	GLUKOFEN 1000 MG 100 FILM TABLET ; RAPOR DOZU GÜNDE 1*1 OLDUĞU HALDE 2*1 GİRİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
4	<ul style="list-style-type: none">DEVIT-3 AMPUL (İADE DÖNÜŞÜ OLMADI)MAJİSTRAL İLAÇ (HATALI HAZIRLANMIŞ.)	<ul style="list-style-type: none">DEVIT-3 AMPUL ;İADE DÖNÜŞÜ UYGUN TANI EKLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNEMAJİSTRAL İLAÇ ; MAJİSTRALDE HUILE RİCİNE YAZILI OLDUĞU HALDE HUILE DE CADE GİRİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
5	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET) (RAPOR, İDAME KOŞULLARINI KARŞILAMIYOR,RAPOR UYGUN OLMADIĞI İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULL. HAZİR ENJ. ; RAPORA YAOILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
6	TAMPROST MR 0.4 MG 30 KAPSUL (TAMPROST İÇİN TEŞHİS EKSİKLİĞİ(BPH) SİSTEMDEN REÇETE:30-11-2020 DE İADE EDİLMİŞTİ)	TAMPROST MR 0.4 MG 30 KAPSUL ; E-REÇETEDe UYARI KODU İLE İLGİLİ TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
7	XARELTO 15 MG 28 FTB (30.11.2020 tarihinde iade edilmiştir.İade süresinde tamamlanamamıştır.Xarelto geri ödeme koşulları uygun değildir.)	XARELTO 15 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN 10/12/2020 TARİHLİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE
8	ALATAB 600 MG 30 FTB (RAPOR AÇIKLAMASI UYARI KODU İÇİN YETERLİ DEĞİL)	ALATAB 600 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE