

25.03.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	Majistral İlaç (Dermovate 25 ml saç losyonu 1 kutusu için kullanım süresi 10 gündür.Majistralde 10 günlük doz ödendi)	Majistral İlaç ; KAĞIT REÇETEDeki 10 GÜNLÜK TEDAVİ DOZU İBARESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
2	TİOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET (RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.)	TİOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
3	<ul style="list-style-type: none">FESOR 500 MG DAGILABILIR TABLET (28 TABLET) (raporda güncel karaciğer demir konsantrasyonu veya serum ferritin değeri yazmıyor.)FERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP (hastada hemodiyalize girdiği yazmıyor.)	<ul style="list-style-type: none">FESOR 500 MG DAGILABILIR TABLET (28 TABLET) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEFERICOSE 100 MG/5 ML IV ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN 5 AMP ; EKLENEN TAHLİL SONUCUNA GÖRE ÖDENMESİNE
4	OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (HASTAYA ENOKSOPARİN SODYUM 1*12 ÜNİTE 0,6 MİLİM 6 AY BOYUNCA KULLANMASI rumlarda daha uzun süreli tedavi gerekebilir ve tedaviye hasta trombo-emboli riski altında olmaya devam edilir hatanın stabil olmadığını bildiren yazı)	OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
5	TOPAMAX 50 MG.60 FILM TB. (RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)	TOPAMAX 50 MG.60 FILM TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
6	DEVIT-3 DAMLA (yalnızca ruhsatlı endikasyonunda ödenir)	DEVIT-3 DAMLA ; REÇETENİN İADESİNE
7	TUTAST ARVOHALER18 MCG INHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG INHALASYON ICIN TOZ ((LAMA) (İLK KEZ KOMBİNE REÇETE EDİLMİŞ İLAÇLAR(LABA+İKS+LAMA)DIR.BU DURUMDA RAPOR GEREKLİDİR.)	TUTAST ARVOHALER18 MCG INHALASYON TOZU ; 28/01/2021 TARİHLİ RAPORU OLSA DAHI , İLK KOAH RAPORU İLE DAHA ÖNCE LABA+İKS KULLANIMI OLMADAN ÜÇLÜ KOMBİNE İLAÇ VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
8	CLOGAN 75 MG 28 FTB (hastalığın angiografik olarak belgelenmiş olması gereğinden)	CLOGAN 75 MG 28 FTB ; İLGİLİ RAPORDA AÇIKLAMA YER ALMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
9	CLONEX 100 MG.50 TABLET (RAPORDA GÜNCEL BEYAZ KÜRE DEĞERİ YAZMIYOR.)	CLONEX 100 MG.50 TABLET ; REÇETESİZ TEDAVİ KAPSAMINDA VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
10	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL) (rapordaki kalori miktarına göre tekrar hesaplandı)CIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR (hasta ilacı kullandıktan sonra raporlarında tedaviye verdiği yanıt belirtilmemiştir.)	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE MUZ 200 ML (300 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNECIMZIA 200 MG/ML SC STERİL KULL HAZIR 2 ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
11	<ul style="list-style-type: none">SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) (En az 3 ay süreyle inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ile tedavi edildiği halde yeterli yanıt alınamayan, sık atak geçiren (yılda 2 ve üzeri atak veya 1 ve üzeri yatarak tedavi) ve dispnesi olan (mMrc 2 ve üzeri veya CAT skoru 10 ve üzeri) orta-ağır kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan erişkin hastaların idame tedavisinde kullanılmaları ve bu durumların uzman hekim raporunda belirtilmesi halinde bedelleri Kurumca karşılanır.)VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET (Tenofovir alafenamid fumarat kullanabilmesi için gerekli şartları taşımayan rapor.)	<ul style="list-style-type: none">SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEVEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET; 2019 YILINDA HBV DNA DEĞERİ NEGATİFKEN POZİTİFE DÖNDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE
12	GLUCERNA SR CİKOLATA AROMALI 230 ML SOL(206 KCAL) (raporda mama adı yok.)	GLUCERNA SR CİKOLATA AROMALI 230 ML SOL(206 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE

13	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (Tedavi süresi 1 yıldır)(13 kutu).	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET ; AYNI RAPOR İLE 13 KUTU SINIRI AŞILDIĞINDAN 1 KUTU BEDELİ KESİLMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.
14	VALTRES 1000 MG 21 FTB (RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK)	VALTRES 1000 MG 21 FTB ; RAPORDAKİ TANIYA GÖRE ÖDENMESİNE
15	MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP (275 uyarı kodu girilerek reçete karşılanmış. Oral oksibütinin kontrendikasyonu/ intoleransı husus 15.09.2020 raporda veya e-reçetede belirtilmemiş.)	MICTONORM SR 30 MG SUREKLI SALINIMLI 30 KAP ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
16	FORTEVİR 0,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET (rapor sut a uygun değil.)	FORTEVİR 0,5 MG 30 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	LODUX 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) (raporu psi.uz çıkarması gerekiyor.)	LODUX 30 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL) ; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE RAPORDA YADA REÇETEDe PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
18	PRIVİGEN 10 G/100 ML IV INF COZ (SUT 4.2.12.B - f) Kronik İnflamatuvar Polinöropati (CIDP) ... endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında ödenir. HASTANIN SİSTEMDE KAYITLI STEROİT KULLANIMI YOKTUR) - PRIVİGEN 5 G/50 ML IV INF COZ (SUT 4.2.12.B - f) Kronik İnflamatuvar Polinöropati (CIDP) ... endikasyonlarında ise steroid tedavisine (puls ve idame tedavisine en az 6 ay) yetersiz cevap veya steroid tedavisine kanıtlanmış komplikasyon ve/veya kontrendikasyon durumlarında ödenir. HASTANIN SİSTEMDE KAYITLI STEROİT KULLANIMI YOKTUR)	PRIVİGEN 10 G/100 ML IV INF ÇÖZ. - PRIVİGEN 5 G/50 ML IV INF ÇÖZ. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
19	MICTONORM 45 MG SR SUREKLI SALIMLI 30 KAPSUL (Oral oksibütinine yanıt alınmayan ya da tolere edemeyen hastalarda uzman hekimlerce reçete edilebilir) (EK-4/F-45).	MICTONORM 45 MG SR SUREKLI SALIMLI 30 KAPSUL ; E-REÇETEDe UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
20	<ul style="list-style-type: none"> LIPANTHYL 267 M 90 KAP (rap önce ilaca ara verilmiş.) RINACHECK STRIP (rap doz 4*1) DULOXX 60 MG 28 KAP (SNRI) (rap 1*30 mg.) 	<ul style="list-style-type: none"> LIPANTHYL 267 M 90 KAP ; TEDAVİDE ARA OLMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İDAME TEDAVİYE GÖRE ÖDENMESİNE RINACHECK STRIP ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE DULOXX 60 MG 28 KAP (SNRI) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	CLONEX 100 MG.50 TABLET (RAPORDA GÜNCEL BEYAZ KÜRE DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	CLONEX 100 MG.50 TABLET ; REÇETESİZ İLAÇ GİRİŞİ İÇİN ÖDENMESİNE
22	<ul style="list-style-type: none"> SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB (idrar tahlil sonucu olmadığı için kesildi.) - SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (idrar tahlil sonucu olmadığı için kesildi.) ALATAB 600 MG 30 FTB (sisteme girilen uyarı kodu raporda yok) LIPITOR 20 MG 90 TABLET (hastanın 2. ldl değeri yok) 	<ul style="list-style-type: none"> SUBOXONE 2 MG 28 SUBLINGUAL TB - SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB ; GÜNCEL İDRAR TAHLİL OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. ALATAB 600 MG 30 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE LIPITOR 20 MG 90 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye VE TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE