

25.11.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	DULESTER 30 MG 28 KAP (RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞ.6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILMASI GEREKEN HALLERDE REÇETİYİ PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ REÇETE ETMELİDİR.)	DULESTER- 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
2	<ul style="list-style-type: none">KEDAY XR 150 MG UZATILMIS SALIMLI 30 TABLET(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.)FORZIGA 10 MG 28 FTB (RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.)	<ul style="list-style-type: none">KEDAY XR 150 MG UZATILMIS SALIMLI 30 TABLET;DOZ DÜZENLEMELERİ KLİNİK GÖZLEMLE YAPILACAĞI BELİRTİLDİĞİN VE İKİ FARKLI FORM İKİ FARKLI RAPORA DAYANILARAK VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞ OLUP OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.FORZIGA 10 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
3	HAEMATE-P 500 IU IV ENJEKSİYON/INFUZYON İCİN TOZ VE COZUCU (3 GÜNLÜK DOZ AŞILMIŞ (33 KG X 60 IU = 1980 IU))	HAEMATE-P 500; RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASINA GÖRE GÜNDE 1*4 GİRİLMESİ GEREKTİĞİNDEN VE İLAÇ ALIM TARİHİ 11/10/2021 OLDUĞUNDAN 8 KUTU ÖDENMİŞTİR. KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
4	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (DEVAM İCİN "İDRARDA OPİOİD NEGATİF"İFADESİ GEREKİR.418 İLE VERİLEMEZ.)	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB ; İDAME TEDAVİ İCİN GEREKLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADAN VERİLDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
5	<ul style="list-style-type: none">ECOPIRİN 100 MG 30 TB (RAPORDA ASA İNTOLERANSI OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)ECOPIRİN 150 MG 30 ENTERİK TB(RAPORDA ;ASETİL SALİSİLİK ASİT VE DİĞER ANTIAGREGANLARA KARŞI GASTROİNTESTİNAL İNTOLERANS MEVCUTTUR YAZDIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)OPIREL 75 MG 28 FILM TABLET (RAPORDA AYDA 1*1,REÇETEDE 1*1)	<ul style="list-style-type: none">ECOPIRİN; PLAVİX RAPORUNDA ASA İNTOLERANSI İFADESİ OLDUĞUNDAN İTRIAZİN REDDİNE.ECOPIRİN - PLAVİX RAPORUNDA ASA İNTOLERANSI İFADESİ OLDUĞUNDAN İTRIAZİN REDDİNE.OPIREL - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(3. AYIN SONUNDA BASDAİ DE DÜZELME OLUP OLMADIĞI RAPORDA BELİRTİLMEMİŞ.)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ; İLK RAPOR VE RAPOR SÜRELERİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
7	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL)(HASTA 18 AYINI GEÇTİĞİNDEN VE RAPORDA GÜNCEL KİLO BELİRTİLMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILDI.)	INFATRİNİ 200 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
9	<ul style="list-style-type: none">COLNAR 10 MG 28 TABLET 43,20 HASTANIN RAPORDA BELİRTİLMİŞ OLAN LDL	<ul style="list-style-type: none">COLNAR -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	<p>SONUCUNA AİT TARİH RAPOR TARİHİNDEN 1 SENE ÖNCESİNE AİT.BEDELİ ÖDENMEDİ.</p> <ul style="list-style-type: none"> TARDEN 20 MG.30 FILM TB- RAPORDA LDL SONUCUNA AİT TARİH YOK. BONVIVA -HASTAYA AİT KMY SONUCU SUT TA İSTENEN ARARLIKLARA AİT DEĞİL. 	<ul style="list-style-type: none"> TARDEN-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. BONVIVA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	GLUCERNA SR CILEK AROMALI 230 ML.(206 KCAL)(RAPOR KODU DÜZELTİLDİ.)	GLUCERNA SR CILEK AROMALI 230 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
11	PLAVIX 75 MG 28 FTB (İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN(ELİQUİS)) KONTRENDİKEDİR)	PLAVIX; İLACIN PROSPEKTÜSÜNDE KONTRENDİKE DURUMU BELİRTİLMEDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
12	BARACLUE 1 MG 30 FILM TABLET (HASTANIN 14/08/2020 DE TENEFVİR ALEFANİD DEN, TENEFVİR DİSOPROKSİL E GEÇİŞİ UYGUN DEĞİL.)	BARACLUE 1 MG 30 FILM TABLET; YAN ETKİ GELİŞMESİ DURUMDAN GEÇİŞ YAPILABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
13	BARACLUE 1 MG 30 FILM TABLET (İLACA BAŞLAMA KRİTERİ UYGUN DEĞİL. HBSAG NEGATİF İSE HBV DNA POZİTİFLİĞİ VE/VEYA ANTI HBC POZİTİFLİĞİ OLDUĞUNDA KULLANILIR.)	BARACLUE 1 MG 30 FILM TABLET; MEDULA SİSTEMİNDE 2008 YILINDA TEDAVİYE BAŞLADIĞI GÖRÜLMEKLE BİRLİKTE KARACİĞER NAKLİ OLAN HASTANIN İMMUNSUPRESİF TEDAVİ ALMAYA DEVAM ETTİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
14	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(RAPORDA DEVAM KRİTERİ BELİRTİLMEMİŞ.)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML; CROHN HASTALIĞI TANISINDA İLK RAPOR OLDUĞUNDAN BAŞLANGIÇ KRİTERLERİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> PLETAL 100 MG 60 TABLET (PLETAL,PLAVIX,ECOPİRİN İÇİN HEKİM RAPOR ÇIKARMIŞ ANCAK KURUM ENDİKASYON ŞARTI ARADIĞI İÇİN BU KULLANIM ŞEKLİ İÇİN END.DIŞI BELGE GEREKLİ(İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI) (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR) TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET (SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNMAMAKTADIR) 	<ul style="list-style-type: none"> TIOPATI 600 MG 30 FILM TABLET; RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
16	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA, TEKRAR ANTİHİSTAMİNİK TEDAVİSİ ALMA KOŞUL ARANMAKSIZIN TEDAVİ TEKRARLANABİLİR.)	XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	AYSETFINE INSULİN KALEM İGNESİ 31G (0,25X5MM)(HAS. İNS 2*40 UN KUL.)	AYSETFINE INSULİN KALEM İGNESİ 31G; REÇETE ÖNCESİNDE ÜÇ ÇEŞİT İNSÜLİN KULLANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
18	EUTHYROX 125 MCG 50 TABLET (RAPORDAKİ DOZA GÖRE ÖDENDİ.)	EUTHYROX 125 MCG 50 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
19	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO 20 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA 	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE XARELTO 15 MG 28 FTB; RAPORA

	<p>ÖDENİR.INR DEĞERİ 2-3 ARASINDA OLMALI.)</p> <ul style="list-style-type: none"> XARELTO 15 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.) 	YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR)(ÖDEME KOŞULUNU KARŞILAMAYAN RAPOR)	PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICINDE ENJLUK COZ ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	ARANESP 150 MCG.4 KULL.HAZIR SIRING (HEMOGRAM SUNUCUNA AİT TARİH YOK.)	ARANESP 150 MCG.4 KULL.HAZIR SIRING ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
22	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO 20 MG 28 FTB (RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK) ALATAB 600 MG 30 FTB(RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE ALATAB 600 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
23	<ul style="list-style-type: none"> FRESUBIN 2 KCAL FIBRE DRINK VANILYA AROMALI 1X200 ML(400 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YAZMIYOR.) ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA(DEVAM REÇETESİ OLARAK VERİLEMEZ.) 	<ul style="list-style-type: none"> FRESUBIN 2 KCAL FIBRE DRINK VANILYA AROMALI 1X200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE ARANESP 30 MCG.4 KULL.HAZIR SIRINGA; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
24	RESOURCE ENERGY CILEK AHUDUDU AROMALI 200 ML(300 KCAL)(MALNÜTRASYON TANIMI YETİŞKİN YAŞ GRUBUNA UYGUN DEĞİL.)	RESOURCE ENERGY CILEK AHUDUDU AROMALI 200 ML; RAPORUN ÇIKTIĞI TARİHTE 18 YAŞINI DOLDURMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
25	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR (HAFTALIK DOZ 4000 ÜNİTE.)	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR; E-REÇETEDEKİ HAFTALIK MAKSİMUM DOZ AÇIKLAMASINA VE EKLENEN DİLEKÇEYE İSTİNADEN 2*4000 Ü DEN ÖDENMESİNE.
26	CASODEX 50 MG.28 TABLET (LHRH ANALOGLARI VEYA CERRAHİ KASTASYON İLE KOMBİNE OLARAK İLERLEMİŞ PROSTAT KANSERİNİN TEDAVİSİNDE ENDİKEDİR.)	CASODEX 50 MG.28 TABLET;LHRH AGONİSTİ GOSERELİN İLE BİRLİKTE VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none"> APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET (SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNMAMAKTADIR) THINCAL 120 MG 84 KAP (12 HAFTA SONUNDA THINCAL İLE TEDAVİNİN BAŞLANGICINDA ÖLÇÜLMÜŞ OLAN VÜCUT AĞIRLIĞININ EN AZ %5&#8217;İNİN KAYBEDİLMEMESİ DURUMUNDA, TEDAVİ KEŞİLMELİDİR.1 YILDIR 418'LE FATURA EDİLİYOR) 	<ul style="list-style-type: none"> APIKOBAL PLUS 250/250/1/300 MG 50 ENTERİK KAPLI TABLET;RAPOR TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE. THINCAL 120 MG 84 KAP; RAPORDAKİ AÇIKLAMA UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
28	VENTOSAL 2,5 MG/2,5 ML NEBULİZASYON ICIN INHALASYON COZ ICEREN TEK DOZLUK 20 FLK (SEÇİLİ RAPORDA HASTA SABUTAMOL 4*2 KULLANMAKTADIR . REÇETEYE SALBUTAMOL 8*2 YAZILMIŞ)	<ul style="list-style-type: none"> VENTOSAL 2,5 MG/2,5 ML NEBULİZASYON ICIN INHALASYON COZ ICEREN TEK DOZLUK 20 FLK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
29	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF)(İLACA BAŞLAMA KRİTERİ EKSİK, HASTANIN İLAÇLARI MAKSİMUM DOZDA KULLANDIĞI BELİRTİLMEMİŞ.)	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
30	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET (RAPORDAKİ AÇIKLAMA İLACA UYGUN DEĞİL HASTANEYE YATIŞ ZAMANI RAPOR TARİHİ İLE UYGUN DEĞİL)	BRILINTA 90 MG 56 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
31	<ul style="list-style-type: none"> RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL (RAPORDAKİ İLAC DOZUNA İSTİNADEN 	<ul style="list-style-type: none"> RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL; İLAÇ KARTINDA MAKSİMUM DOZ

	<p>HASTANIN ELİNDE İLAC VAR.AYNI ECZANEDEN ALINMIS.DOZ AŞIMI)</p> <ul style="list-style-type: none">• RIVELİME 25 MG 21 SERT KAPSUL (RAPORDAKI İLAC DOZUNA İSTİNADEN HASTANIN ELİNDE İLAC VAR.AYNI ECZANEDEN ALINMIS.DOZ AŞIMI)	<p>GÜNDE 1*1 VE 28 GÜNDE OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</p> <ul style="list-style-type: none">• RIVELİME 25 MG 21 SERT KAPSUL; İLAÇ KARTINDA MAKSİMUM DOZ GÜNDE 1*1 VE 28 GÜNDE OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
--	---	--