

26.01.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">RIVELIME 25 MG 21 SERT KAPSUL(ENDİKASYON UYUMU ARANAN İLAÇLARDANDIR.RAPOR;SUT'UN MADDE 4.2.14-C/3-N) NOLU MADDESİNE UYGUN DEĞİLDİR.HASTANIN ENDİKASYON DIŞI KULLANIM İZİN BELGESİ OLMASINA RAĞMEN MEDULA SİSTEMİNDEKİ İLAÇ KARTI BİLGİSİNE GÖRE C90.0 ICD10 KODUNDA ÖDENMEZ.)XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(MADDE 4.2.14.C/3-U-2) (NOLU MADDESİNİN B BENDİNE GÖRE;PROGRESYONUN PSA VE GÖRÜNTÜLEME YÖNTEMLERİYLE GÖSTERİLİP GÖSTERİLMEDİĞİ VE SUT'UN (MADDE 4.2.14.C/3-U-4). NOLU MADDESİNE GÖRE;RAPOR SÜRESİNİN SONUNDA TEDAVİNİN DEVAMI İÇİN DÜZENLENECEK YENİ RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMESİ GEREKTİĞİNDEN RAPORDAKİ EKSİKLİKLER 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE GİDERİLSİN DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKSİKLİKLER GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">RIVELIME- RAPOR SUT UN 4.2.14-C/3-N- LENALİDOMİT MADDESİNE EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL; HEM DOSATAKSEL TEDAVİSİ SONRASI PROGRESYONUN PSA İLE GÖSTERİLDİĞİ ,HEMDE YENİLENEN RAPORDA TEDAVİDE PROGRESYONUN OLMADIĞI EKSİKLİĞİNİN GİDERİLMESİ İÇİN 26/12/2022 TARİHİNDE İADE EDİLMESİNE RAĞMEN EKSİKLİK GİDELMEMİŞTİR VE KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
2	SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ (LABA+İKS)(HASTA KOMBİNASYON TEDAVİ ALIYOR VE RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YAZMIYOR.)	SERETIDE 50 MCG/500 MCG.DISKUS 60 DOZ ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)RESOURCE PROTEIN CIKOLATALI 200 ML(250 KCAL)(RAPORDA SUTTA İSTENEN MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.RESOURCE PROTEIN CIKOLATALI 200 ML;RAPORA EKLENEN MALNÜTRİSYON TANIMI EKSİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
4	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL)(MALNÜTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	KARUM 75 MG.28 FILM TABLET(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	KARUM 75 MG.28 FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
6	OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (ENDİKASYON DIŞI KULLANIM)	OKSAPAR 6000 ANTI-XA IU/0,6 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON(RAPORDA YAPILAN AÇIKLAMA SUT A GÖRE YETERLİ DEĞİL VE HASTANIN İLACA VERDİĞİ CEVAP DA RAPORDA BULUNMAMAKTADIR.)	VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON ICIN LIYOFİLİZE TOZ ICEREN 1 FLAKON ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
8	VAXIGRIP TETRA 0,5 ML IM/SC ENJ. ICIN SUSP. 1 KULL. HAZ. ENJEKTOR (SUT'UN (MADDE 2.4.3.B). NOLU MADDESİNE UYGUN OLMAYAN E-REÇETE.)	VAXIGRIP TETRA 0,5 ML IM/SC ENJ. ICIN SUSP. 1 KULL. HAZ. ENJEKTOR; SUTTA BELİRTİLEN HASTALIKLARLA İLGİLİ RAPOR BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(MALNÜTRİSYON TANIMI	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

	<p>UYGUN DEĞİL)</p> <ul style="list-style-type: none"> NUTRIVIGOR CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL) 	
10	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML.(06/10/2021 TARİHİNDE ANALOG KARIŞIM VEYA UZUN ETKİLİ İNSÜLİNLERDEN BİRİNİ KULLANMIŞ OLMASINA RAĞMEN KAN ŞEKERİ LABİL SEYREDEN HASTADIR İBARESİ İLE RYZODEG BAŞLANAN HASTAYA 03/2020 YILINDAKİ RAPORLA NOVOMIX VE JARDIANS VERİLMEYE DEVAM EDİLMİŞ)	NOVOMIX 30 FLEXPEN 3 ML.100 U-ML;RYZODEG BAŞLANAN HASTAYA 03/2000 YILINDAKİ RAPORLA NOVOMIX İLE DEVAM EDİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
11	NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(MALNÜTRASYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	NUTRIVIGOR VANILYA AROMALI 220 ML SİSE ; RAPORA EKLENEN MALNUTRİSYON TANIMI EKSİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
12	LEVOTIRON 125 MCG 50 TB(RAPORDA 1*1,REÇETEDE 2*1)	LEVOTIRON 125 MCG 50 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZ AROMALI 190 ML (300 KCAL)(RAPORDA RESOURCE JUNIOR MAMA YAZILI OLMASINA RAĞMEN RESOURCE JUNIOR FIBRE VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	RESOURCE JUNIOR FIBRE MUZ AROMALI 190; RAPORDA MAMA ADI RESOURCE JUNIOR FİBRE OLARAK GEÇTİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
14	DEVIT-3 20.000 IU YUMUSAK KAPSUL (14 KAPSUL)(KOLEKALSİFEROL (VİTAMİN D3) MONO PREPARATLARI; YALNIZCA RUHSATLI ENDİKASYONLARINDA REÇETELENMESİ HALİNDE BEDELLERİ KARŞILANIR.)	DEVIT-3 20.000 IU YUMUSAK KAPSUL ;İADE EDİLMESİNE.
15	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL)(HASTANIN YAŞINA UYGUN MALNÜTRİSYON TANIMI RAPORA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU; RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
16	<ul style="list-style-type: none"> VAXIGRIP TETRA 0,5 ML IM/SC ENJ. İCİN SUSP. 1 KULL. HAZ. ENJEKTOR(SUT'UN (MADDE 2.4.3.B). NOLU MADDESİNE UYGUN OLMAYAN E-REÇETE.) SULINEX 37,5 MG XR 28 TB (SNRI)(GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI TANISINDA AYAKTAN RAPORLU ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> VAXIGRIP ; SUTTA BELİRTİLEN KRONİK HASTALIK RAPORU BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. SULINEX- GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI TEŞHİSİNDE RAPORSUZ ÖDENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
17	CLOGAN 75 MG 28 FTB(E-RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)	CLOGAN 75 MG 28 FTB; RAPORDA İLAÇLA İLGİLİ AÇIKLAM BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
18	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML; RAPORDA 2 YAŞ ALTI BEBEKLER İÇİN YAŞA GÖRE AĞIRLIK (< -2SD) OLDUĞU BEKİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
19	THINCAL 120 MG 84 KAP(TEDAVİNİN 12 HAFTASI SONUNDA HASTALARDA BAŞLANGIÇTAKİ VÜCUT AĞIRLIĞININ EN AZ %5 İNİ KAYBETMESİ HALİNDE TEDAVİNİN DEVAMINA KARAR VERİLİRSE, YENİ BİR RAPOR DAHA DÜZENLENEREK TEDAVİ ÜÇER AYLIK SÜRELERLE UZATILABİLECEKTİR.)	THINCAL ; İLK RAPORDUNDAN HASTANIN KİLOSU 110 KG VE GÜNCEL REÇETEDE KİLO 105 OLARAK BELİRTİLMİŞ. BİR ÖNCEKİ REÇETEYE GÖRE KİLO KAYBI VE BAŞLANGICA GÖRE DE % 5 LİK KİLO KAYBI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
20	ATOR 20 MG.30 TB.(İDAME TED. DEĞİL RAP. ÖNCE 6 AYDAN UZUN SÜREN İLAÇ ALMAMIŞ.)	ATOR 20 MG.30 TB; RAPOR ÖNCESİ SON 6 AY İÇİNDE STATİN TEDAVİSİ ALMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE İDAME TEDAVİSİ SAYILAMAYACAĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
21	ENJEKTOR 2 CC(RAP 21 GUNDE 1 KUTU) 2SPNUQU-SUSTANON 250 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI(RAP 21 GUNDE 1 KUTU)	ENJEKTOR 2 CC; RAPORA YAPILAN EKLEME İLE 13.01.2023 TESTOSTERON DÜZEYİ BAKILMIŞ VE BU TARİHTEN İTİBAREN TEDAVİ ŞEMASI DEĞİŞTİĞİNDEN 21 GÜNDE 1*1 E GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
22	IBANOS 150 MG 3 FTB(KMY ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.ESKİ RAPOR BÖLGESİ DE UYGUN ÇIKMAMIŞ.)	IBANOS 150 MG 3 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	RESOURCE ENERGY CIKOLATALI 200 ML(300 KCAL)(MALNÜTRİSYONA NEDEN OLAN EŞLİK EDEN	RESOURCE ENERGY CIKOLATALI 200 ML ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE

	HASTALIK VEYA TRAVMA ILE ODENIR.)	ÖDENMESİNE.
24	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
25	<ul style="list-style-type: none"> VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(SİSTEMDEKİ RAPORLA ÖDENMEZ.) ALATAB 600 MG 30 FTB(RAPORDA PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> VALAMOR -ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. ALATAB- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> FORTIMEL ENERGY CİKOLATA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(GERİ ÖDEME KRİTERLERİ YETERSİZDİR.) INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI; 2 YAŞ ALTI BEBEKLER İÇİN YAŞA GÖRE AĞIRLIK (< -2SD) OLMASIDIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> FORTIMEL ENERGY CİKOLATA AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE INFATRINI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
27	<ul style="list-style-type: none"> NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL) NUTRIVIGOR CILEK AROMALI 220 ML(330 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
28	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(MALNUTRİSYONA NEDEN OLAN EŞLİK EDEN HASTALIK VEYA TRAVMA RAPORDA BELİRTİLMİYOR.)	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML; RAPORDAKİ G46 TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
29	HUMAN ALBUMIN %20 100 ML FLAKON (REÇETE TARİHİYLE (01.12.2022) UYUMLU/GÜNCEL ALBUMİN DEĞERİNİN RAPORA EKLENMESİ GEREKMEKTEDİR.)	HUMAN ALBUMIN %20 100 ML FLAKON; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
30	ASACOL 800 MG ENTERİK TABLET (90 TABLET)(RAP 2 GÜNDE 2*1)	ASACOL 800 MG ENTERİK TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
31	ASPIRİN 500 MG.20 TB-(ASPIRİN 500MG TB HİPERTANSİYONDA KULLANILMIYOR .ANALJEZİK OLARAK KULLANILYOR)	ASPIRİN 500 MG.20 TB;RAPORDAKİ TANIYA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE
32	<ul style="list-style-type: none"> FORTIMEL COMPACT FIBRE CILEK AROMALI 4X125 ML (1200KCAL)(RAPOR DOZUNDAN FAZLA DOZ GİRİLMİŞ.HASTAYA 45 GÜNLÜK İLAÇ VERİLMİŞ.FAKAT BİR ÖNCEKİ REÇETEDE AYNI ŞEKİLDE VERİLDİĞİ İÇİN HASTA RAPORLU İLAÇLARDAKİ 15 GÜNLÜK SÜREDEDEN ÖNCE ALMIŞ OLUYOR.) RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML(300 KCAL)(RAPORDAKİ MAMADAN FARKLI MAMA VERİLMİŞ) 	<ul style="list-style-type: none"> FORTIMEL COMPACT FIBRE CILEK AROMALI 4X125 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE RESOURCE JUNIOR CILEK 200 ML;16/02/2022 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESNE.
33	<ul style="list-style-type: none"> EVASİF 245 MG 30 FTB(E-RAPORDA ANTI HBS DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞTİR.) ALATAB 600 MG 30 FTB(SADECE DİYABETİK PERİFERAL NÖROPATİK AĞRIDA) 	<ul style="list-style-type: none"> EVASİF- RAPORDA 26.04.2022 TARİHLİ GÜNCEL TETKİKLERİNDE HBSAG(+), ANTIHBS (-) ŞEKLİNDE BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. ALATAB- RAPORDA UYARI KODUNDA BELİRTİLEN AÇIKLAMA YER ALMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
34	PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSUL(RAPORDAKİ İLAC DOZU 6 MG/GÜN.AYNI REÇETEDE PROGRAF 1 MG KAPSUL 2*3 DOZ İLE YAZILI.DOZ AŞIMI.)	PROGRAF 0.5 MG 50 KAPSUL ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
35	RIVOKSAR 20 MG FILM KAPLI TABLET (28 TABLET)(İLGİLİ ICD-10 KODU İLE ÖDENEBİLMESİ İÇİN GEREKLİ OLAN VARFARİN TEDAVİSİNİ ALMAMIŞ.)	RIVOKSAR 20 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE