

## 26.05.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	PLETAL 100 MG 60 TABLET ( PLETAL,PLAVİX,ECOPİRİN İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTİKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN) KONTRENDİKEDİR)	PLETAL 100 MG 60 TABLET;PLETAL,PLAVİX,ECOPİRİN KULLANIMI KONTRENDİKE OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.
2	URIKOLİZ 50 TABLET (RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.)	URIKOLİZ 50 TABLET; RAPORDA UYGUN ICD-10 KODU BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
3	CARDOPAN PLUS 320/25 MG 28 FTB ( SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR ANJİOTENSİN II RESEPTÖR ANTAGONİSTİ (418'LE ÇİFT RAPORLA VALSARTAN, CANDESARTAN ÇIKIŞI YAPILMIŞ) İLACI MEVCUT OLUP MAX DOZU 1X1'DİR )	CARDOPAN PLUS 320/25 MG 28 FTB;İLAÇ LİSTESİNDE CANDEXİL PLUS VERİLDİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
4	DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL)( ANTİDEPRESAN TEDAVİSİNDE 6 AYI GEÇEN TEDAVİLERDE PSİKİATRİ UZMANI TARAFINDAN YAZILDIĞINDA ÖDENİR.)	DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
5	EPORON 4000 IU/0,4 ML KULL HAZIR 6 ENJEKTOR ( HG DÜZEYİ UYGUN DEĞİL.)	EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	PLETAL 100 MG 60 TABLET ( PLETAL VE PLAVİX BİRLİKTE KULLANIMI KONTRENDİKEDİR)	PLETAL 100 MG 60 TABLET; PLAVİX VE ECOPİRİN İLE BİRLİKTE KULLANIMI KONTRENDİKE OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
7	BELOC ZOK 50 MG.20 TB.( RAPORDAKİ DOZ 1*1 ANCAK 2*1 OLARAK VERİLMİŞ)	BELOC ; GÜNCEL RAPORDA DOZ 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
8	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET ( RAPORDA GEÇERLİ OLAN BÖLGENİN KMY Sİ YAZMIYOR)	BONVIVA 150 MG FILM KAPLI TABLET 3 ADET ; HASTA 75 YAŞ ÜSTÜ OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
9	MICARDİS PLUS 80 12.5 MG.28 TABLET ( SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR ANJİOTENSİN II RESEPTÖR ANTAGONİSTİ (OLMESARTAN MEDOKSOMİL+HİDROKLOROTIAZİD) İLACI MEVCUT OLUP HER İKİSİNİN BİRLİKTE KULLANIMIYLA GÜNLÜK MAX DOZ AŞILMIŞTIR.HİPERSAR İÇİN RAPOR ÇIKMIŞKEN MİCARDİS REÇETESİZ FATURA EDİLMİŞ)	MICARDİS PLUS 80 12.5 MG.28 TABLET;REÇETEDEN SONRA NİSANDA YENİ RAPORU VE REÇETESİYLE TEDAVİ DEĞİŞTİĞİNDEN VE ÖNCEKİ RAPOR PASİFLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
10	<ul style="list-style-type: none"><li>ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET ( RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.)</li><li>EXJADE 125 MG SUDA DAGILABİLEN 28 RAPORDA GÜNCEL KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU VEYA SERUM FERRİTİN DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ.)</li><li>EXJADE 250 MG SUDA DAGILABİLEN 28 ( RAPORDA GÜNCEL KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU VEYA SERUM FERRİTİN DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ.)</li><li>EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 (RAPORDA GÜNCEL KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU VEYA SERUM FERRİTİN DEĞERİ BELİRTİLMEMİŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li><li>EXJADE; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE</li></ul>

11	RESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML(200 KCAL)( RAPORDA İSTEMSİZ KİLO KAYBI OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.)	RESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML ;ÖDENMESİNE
12	NEOCATE 400 GR(1.900 KCAL)( RAPORDAKİ İLAC DOZU "AYDA 5 KUTU" OLARAK YAZILIRKEN İLAC ALINMIS.DOZ ASIMI)	NEOCATE 400 GR ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CİKOLATA AROMALI(200 KCAL) ( RAPORDAFORTINI MULTI FIBER YAZILI ANCAK FORTINI 1,0 MULTIFIBER VERİLMİŞ)	FORTINI 1,0 MULTI FIBRE 200 ML CİKOLATA AROMALI ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	KARUM 75 MG.28 FILM TABLET ( RAPORDA ANGIOGRAFIK OLARAK BELGELENDİĞİ BELİRTİLMEMİŞ)	KARUM 75 MG.28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
15	DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL)( ANTİDEPRESAN TEDAVİSİNDE 6 AYI GEÇEN TEDAVİLERDE PSİKİATRİ UZMANI TARAFINDAN YAZILDIĞINDA ÖDENİR.)	DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL; 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
16	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF)( RAPORDAKİ DOZU= 40 MG/ 2 HAFTADA BİR)	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI; 21/03/2022 TARİHLİ RAPORA GÖRE İŞLEM YAPILMASINA.
17	LATİXA 500 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB ( İLAÇ; CORALAN İLE AYNI ATC GRUBUNDA YER ALIYOR.)	LATİXA 500 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB; SUT UN 4.2.15.G- MADDESİNDE İVABRADİN ETKEN MADDESİ ÇIKARILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
18	FORZİGA 10 MG 28 FTB ( SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR SODYUM-GLUKOZ CO-TRANSPORTER 2 (SGLT2) İNHİBİTÖR İLACI MEVCUT OLUP HER İKİSİNİN BİRLİKTE KULLANIMIYLA GÜNLÜK MAX DOZ 1X1 AŞILMIŞTIR)(DAPA VE EMPAGLİFLOZİN)	FORZİGA 10 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
19	NEXAVAR 200 MG 112 FTB ( LOKAL İLERİ VEYA METASTATİK HEPATOCELLÜLER KANSERLİ OLGULARDA; DAHA ÖNCE EN AZ BİR KEMOTERAPİ TEDAVİSİ UYGULANMIŞ VE PROGRESYON GELİŞMİŞ HASTALARDA, İKİNCİ BASAMAK TEDAVİ SEÇENEĞİ OLARAK KULLANILABİLİR BU HASTADA DAHA ÖNCE KEMOTERAPİ ALDIĞI SİSTEMDE GÖRÜLMÜYOR AYRICA LOKAL İLERİ VEYA METASTATİK DEĞİL)	NEXAVAR 200 MG 112 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
20	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF)( TEDAVİNİN 4. AYINDA İLACA DEVAM KRİTERİNİ SAĞLAYACAK DEĞERLENDİRME YAPILMAMIŞ.)	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
21	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SPIRİVA 18 MCG.İNHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) ( SUT 4.2.24-B;YE GÖRE KOMBİNASYON İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN ŞARTLARI SAĞLAMAYAN RAPOR.)</li> <li>• İRDAPIN PLUS 300/10/12,5 MG 28 FILM TABLET ( ANJİOTENSİN RESEPTÖR BLOKERLERİNİN DİĞER ANTİHİPERTANSİFLER İLE KOMBİNASYONLARININ KULLANILMINDA; HASTANIN MONOTERAPİ İLE KAN BASINCININ YETERLİ ORANDA KONTROL ALTINA ALINAMADIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ GEREKMEKTEDİR.)</li> <li>• DESMONT 5/10 MG 30 FTB(226 -UYARI KODUYLA GİRİLMİŞ.RAPORDA UYARI KODUNA AİT UYGUN ICD-10 KODU YOK.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SPIRİVA 18 MCG.İNHALASYON 30 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• İRDAPIN PLUS 300/10/12,5 MG 28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>• DESMONT 5/10 MG 30 FTB;J45.0 TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
22	PANOCER 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TABLET ( RAPORDA UYGUN ICD10 KODU YOK VE İLAÇ	PANOCER 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TABLET;Z94.4 TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE

	SÜRESİ DOLMAMIŞ.	
23	ZEFFIX 100 MG.28 FILM TB.( İLACA BAŞLAMA KRİTERİ NET DEĞİL.)	ZEFFIX; MEDULADA ANTİVİRAL TEDAVİYE 2008 YILINDA BAŞLADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
24	XARELTO 20 MG 28 FTB ( DİABETES MELLİTUS VEYA HİPERTANSİYON DURUMLARINDAN BİR YA DA DAHA FAZLASINA SAHİP OLAN ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA; A) EN AZ 2 AY SÜRE İLE VARFARİN KULLANILMASINDAN SONRA EN AZ BİRER HAFTA ARA İLE YAPILAN SON 5 ÖLÇÜMÜN EN AZ ÜÇÜNDE VARFARİN İLE HEDEFLenen INR DEĞERİNİN 2-3 ARASINDA TUTULAMADIĞI DURUMLARDA VARFARİN KESİLEREK RİVOKSABAN BAŞLANABİLİR)	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
25	<ul style="list-style-type: none"> <li>ENJEKTOR 2 CC ( RAPORDAKİ PTH DÜZEYİ UYGUN DEĞİL.)</li> <li>PARICAL 10 MCG/2 ML IV ENJ COZ ICEREN 5 AMP( RAPORDAKİ PTH DÜZEYİ UYGUN DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>06/10/2021 TARİHİNDE PTH DÜZEYİNİN 1471 OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>HERCEPTİN 150 MG.FLAKON( PERTUZUMAB VE TRASTUZUMAB KULLANIM İLKELERİNE GÖRE TEDAVİ PROGRESYONA KADAR DEVAM EDİLİR,RAPORDA 'ŞU AN PROGRESYON GÖSTERMEKTEDİR' AÇIKLAMASI MEVCUTTUR.)</li> <li>PERJETA 420 MG/14 ML IV KONSANTRE INFUZYON COZ. ICEREN 1 FLAKON ( PERTUZUMAB VE TRASTUZUMAB KULLANIM İLKELERİNE GÖRE TEDAVİ PROGRESYONA KADAR DEVAM EDİLİR,RAPORDA 'ŞU AN PROGRESYON GÖSTERMEKTEDİR' AÇIKLAMASI MEVCUTTUR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
27	XARELTO 15 MG 28 FTB( ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA; ÖDENİR.)	XARELTO 15 MG 28 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
28	LIVERCOL 20 MG 28 FTB( RAPORDA LDL SONUCU YOK.)	LIVERCOL 20 MG 28 FTB ;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
29	TRELEGY -)( EN AZ 3 AY SÜREYLE İNHALE KORTİKOSTEROİD (İKS) VE U (LABA) VEYA EN AZ 3 AY SÜREYLE, (LABA) VE (LAMA) İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN, SIK ATAK GEÇİREN (YILDA 2 VE ÜZERİ ATAK VEYA 1 VE ÜZERİ YATARAK TEDAVİ) VE DİSPNESİ OLAN (MMRC 2 VE ÜZERİ VEYA CAT SKORU 10 VE ÜZERİ) ORTA-AĞIR KRONİK OBSTRÜKTİF AKCİĞER HASTALIĞI (KOAİ) OLAN ERİŞKİN HASTALARIN İDAME TEDAVİSİNDE KULLANILMALARI HALİNDE BEDELİ ÖDENİR )	TRELEGY ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
30	FORTIMEL ENERGY ÇİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)( RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.)	FORTIMEL ENERGY ÇİLEK AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
31	SANELOC 100 MG 20 TABLET ( RAPORDAKİ DOZU=1*1)	SANELOC 100 MG 20 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
32	LASIX 12 TABLET (RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.)	LASIX 12 TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
	FORTIMEL COMPACT FİBRE ÇİLEK AROMALI 4*125	FORTIMEL COMPACT FİBRE ÇİLEK AROMALI

33	ML (1200 Kcal)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.9	4*125 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
34	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI (ANTI TNF)( RAPOR SUTA UYGUN DEĞİL, ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİ MEDULA SİSTEMİNDE GÖRÜNÜYOR.)	HUMIRA 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI;EKLENEN ENDİKASYON DIŞI BELGEYE GÖRE ÖDENMESİNE.