



27.06.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"> ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.ICIN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF)(DAS 28 KRİTERİNE 6 AYDA BİR BAKILIR, BAŞLANGIÇ VE YENİ DAS 28 SKORLARI HER SAĞLIK KURULU RAPORUNDA BELİRTİLİR. TEDAVİYE RAĞMEN HASTANIN DAS 28 SKORUNDA, BAŞLANGIÇ DAS 28 SKORUNA GÖRE, 1,2 PUANDAN FAZLA DÜŞME OLMAMASI HALİNDE TEDAVİ SONLANDIRILIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> ENBREL-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	<ul style="list-style-type: none"> FINGYA 0,5 MG 28 KAP(1) SON 1 YIL İÇİNDE EN AZ BİR ATAK GEÇİRMİŞ OLMAK, 2) BİRBİRİNİ TAKİP EDEN MRG'LERDE LEZYON YÜKÜNDE (YENİ T2 LEZYON, AKTİF LEZYON VEYA MEVCUT LEZYONDA BÜYÜME) ARTIŞ, 3) DOĞRULANMIŞ (6 AY İÇİNDE GERİ DÖNÜŞÜMSÜZ) EDSS ÖLÇEĞİNDE EN AZ 0,5 PUAN ARTIŞI. BELİRTİLEN YÜKSEK HASTALIK AKTİVİTESİ ÖZELLİKLERİNDEN EN AZ İKİSİNİ TAŞIYAN HASTALARDA OZENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none"> XOLAİR 150 MG/MLENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (1 ADET)(NÜKS TEDAVİSİ 24 HAFTAYI GEÇTİĞİ İÇİN ÖDENMEDİ) 	<ul style="list-style-type: none"> XOLAİR ; HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE,NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE BU DURUMUN RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA,TEDAVİ TEKRARLANABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.

4	<ul style="list-style-type: none">• VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(GUNCEL DEĞ. YOK)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">• FORTIMEL ENERGY MALNUTRİSYONA EŞLİK EDEN HASTALIK BULUNMAMAKTADIR.	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">• LORVIQUA 100 MG FILM KAPLI TABLET (30 TABLET)(HASTADA HANGI DURUMUN MEVCUT OLDUGU RAPORDA BELGELENMEMİS.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">• FORTIMEL DRINK MUZ AROMALI 500 ML (500KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none">• RESOURCE ENERGY MUZ AROMALI 200 ML(300 KCAL)(RAP. FARKLI BES. SOL MEVCUT)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">• OLAXINN 10 MG 28 AGIZDA DAGILAN TB(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">• TIODIK 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(RAPORDA 254 REÇETE UYARI KODU İLE İLGİLİ AÇIKLAMA YOK)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE.

11	<ul style="list-style-type: none">• IMBRUVICA-(TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI, VEYVEYA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN BİLGİLER, EVRE VEYA RİSK GRUBU, VARSA DAHA ÖNCE UYGULANAN KANSER TEDAVİ PLANI BULUNMALIDIR.)• INSPRA 25 MG 30 FTB/RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDENME ŞARTIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN OLUP OLMADIĞI BELİRTİLMİYOR.)• VEMLIDY -(İLAÇ DEĞİŞİMİ İÇİN YAPILAN AÇIKLAMA UYGUN DEĞİL.ORAL ANTİVİRAL TEDAVİ ALMAKTA OLAN HASTALARDA NEGATİF (-) OLAN HBV DNA'NIN POZİTİFLEŞMESİ VEYA HBV DNA DÜZEYİNİN 10 KAT YÜKSELMESİ İLE BAŞKA BİR ORAL ANTİVİRALE GEÇİLEBİLİR.NEGATİF DEĞER RAPORLARDA BELİRTİLMEMİŞ.10 KAT ARTMAMIŞ.)• XOLAIR -(31.10.2023 TARİHLİ RAPOR İLE İLACA BAŞLANMIŞ(BAŞLAMA KRİTERLERİNE UYGUN VE FAYDA KRİTERİ YOK.)ÇIKAN YENİ RAPOR 2.12 HAFTALIK RAPOR İÇİN UYGUN DEĞİL.NÜKS GELİŞMİŞ.)• AROMASIN 25 MG.30 DRAJE(ENDİKASYON UYUMU YOK.POSTMENAPOZAL DEĞİL.ENDİKASYON UYUMU İÇİN AÇIKLAMALAR YETERLİ DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• IMBRUVICA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• INSPRA-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• VEMLIDY -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• XOLAIR-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• AROMASIN - RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	<ul style="list-style-type: none">• GINGUS INTENS 120 MG 30 FILM TABLET(ICD-10 KODU UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• GINGUS INTENS; G30 VE ALT KODLARINDA VERİLEBİLECEĞİ YÖNÜNDE GÖRÜŞ YAZISI BULUNDUĞUNDAN VE BUNA GÖRE MEDULADA ICD-10 TANIMLAMASI YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">• HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF) (RAP 2 HAT 1 KUTU İDAME TEDAVİ)	<ul style="list-style-type: none">• RAPOR DOZUNA GÖRE 3 KUTU ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE.

14	<ul style="list-style-type: none">• FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB (YAŞA GÖRE KMY DEĞERİ UYGUN DEĞİL.RAPOR AÇIKLAMASINA UYGUN ICD 10 KODU YOK.)• XARELTO 20 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">• FOSAVANCE -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• XARELTO-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none">• FORTINI MULTI FIBRE CILEK 200 ML (300 KCAL) (İDAME TEDAVİ.RAPORU ÇIKARAN HEKİM UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• FORTINI MULTI FIBRE; RAPOR ÖNCESİ ENTERAL BESLENME ÜRÜNÜ KULLANMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">• XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL) (ENZALUTAMİD; (MADDE 4.2.14.C/3-U-2) KULLANIM İLKELERİNE UYGUN AÇIKLAMA YOK.AYRICA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI VEYA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN BİLGİLER, EVRE VEYA RİSK GRUBU, VARSA DAHA ÖNCE UYGULANAN KANSER TEDAVİ PLANI BULUNMALIDIR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">• ABOUTD PORTAKAL AROMALI TOZ 24 GR 30 POSET(2.670 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none">• LIPOLIN 600 MG HR 30 FTB(SİSTEME GİRİLEN UYARI KODU RAPORDA OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	<ul style="list-style-type: none">• NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)-RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none">• FORTIMEL ENERGY CILEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(MALNÜTRASYON TANIMI VE BESLENME EKSİKLİĞİ İLE İLGİLİ AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

21	<ul style="list-style-type: none">• FEROUT S 125 MG SUDA DAGILABILEN 28 TABLET(TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.)• EMEND 3 KAPSUL(EK-4/F MADDE 24. APREPİTANT (YÜKSEK DOZ SİSPLATİN (50 MG/M2 VE ÜZERİ), KEMOTERAPİ REJİMLERİ İLE GELİŞEN YA DA KÖK HÜCRE DESTEKLİ YÜKSEK DOZ KEMOTERAPİ UYGULAMALARI SONRASI GELİŞEN EMEZİSİN ÖNLENMESİNDE VEYA ANTRASİKLİN (DOKSORUBİSİN VEYA EPİRUBİSİN) VE SİKLOFOSFAMİD KOMBİNASYON KEMOTERAPİSİNİN BAŞLANGIÇ VE TEKRAR KÜRLERİ İLE İLİŞKİLİ BULANTI VEYA KUSMANIN ÖNLENMESİNDE, BU DURUMLARIN BELİRTİLDİĞİ SAĞLIK KURULU RAPORUNA DAYANILARAK ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">• FEROUT -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• EMEND ; KEMOTERAPİDE HER GÜN (3 GÜN) 50 MG LIK CİSPLATİN UYGULANDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none">• REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK.(ANTI TNF)(ENDİKASYON DIŞI BELGESİ UYGUN DEĞİL, SİSTEME GİRİLEN UYARI KODLARI UYGUN DEĞİL,UYARI KODLARI SİLİNDİĞİNDE SİSTEM ÖDEMİYOR.)	<ul style="list-style-type: none">• REMICADE; 8 HAFTADA BİR KULLANILDIĞINDAN VE 01/11/2023 TARİHİNDE BAŞLAYAN TEDAVİDE 6 AY İÇİNDE KULLANILDIĞINDAN ENDİKASYON DIŞI BELGEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
23	<ul style="list-style-type: none">• NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none">• INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(İDAME TEDAVİ. İLGİLİ UZMAN HEKİM RAPORU DEĞİL.AYRICA HASTA 18 AY VE 9 KG USTU.)	<ul style="list-style-type: none">• INFATRINI; İLGİLİ UZMAN HEKİM RAPORU OLMADIĞINDAN VE 18 AY İLE 9 KİLO SINIRI AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">• VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(RAPORDA RİBOSİKLİB (MADDE 4.2.14-C/3-DDD) KULLANIMI İÇİN YETERLİ AÇIKLAMA YOK. TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI YOK)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

26	<ul style="list-style-type: none">• VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(GÜNCEL DEĞER TARİHİ BELİRTİLMEMİŞ DEVAM RAPORLARINDAN KOPYALANMIŞ.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	<ul style="list-style-type: none">• RANESIVA 800 MG FILM KAPLI TABLET (180 TABLET)(RAPORDA SEVELAMER KULLANIMI İÇİN GEREKLİ ŞARTLAR SAĞLANMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	<ul style="list-style-type: none">• IRDAPIN PLUS 300/10/12,5 MG 28 FILM TABLET(RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA BULUNMAMAKTADIR.)• INVEGA 3 MG 28 UZATILMIŞ SALIMLI TB(RAPORDAKİ DOZA GÖRE ÖDENMEZ)	<ul style="list-style-type: none">• IRDAPIN PLUS-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• INVEGA ; RAPORDA TEDAVİ ŞEMASIYLA İLGİLİ AÇIKLAMA YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
29	<ul style="list-style-type: none">• INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(18 AYLIKTAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 9 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLERDE KULLANILIR.YAŞ ARALIĞI UYGUN DEĞİL.GÜNCEL KİLOSU BELLİ DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• INFATRINI ; AİLE HEKİMLİĞİNDEN ALINAN BELGEYE GÖRE ÖDENMESİNE.
30	<ul style="list-style-type: none">• FORZIGA 10 MG 28 FTB (SGLT2 INH.)(SİSTEME GİRİLEN RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL SİSTEMLE UYUMLU RAPORLA DİĞER RAPOR GİRİLDİĞİNDE KESİNTİ OLDU)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	<ul style="list-style-type: none">• NOOTROPIL 800 MG.30 TB.(RAP. 2*1)	<ul style="list-style-type: none">• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
32	<ul style="list-style-type: none">• XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(RAPORDA ENZALUTAMİD; (MADDE 4.2.14.C/3-U-2) KULLANIM İLKELERİNE UYGUN AÇIKLAMA YOK.BELİRTİLEN HASTALARDA İFADESİ UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
33	<ul style="list-style-type: none">• INSPRA 25 MG 30 FTB(RAPOR UYGUN DEĞİL (SUT - EK-4/F-58))	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	<ul style="list-style-type: none">• OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(HAM. MUAF DEĞİL)	<ul style="list-style-type: none">• OKSAPAR;GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.

35	<ul style="list-style-type: none">TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR İNHALASYON TOZU 30 ADET(İKS+LABA+LAMA)(SUT 4.2.24-B(2)MADDE ŞARTLARINI SAĞLAMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">TRELEGY ELLIPTA; 2024-07.KOM.KALAN;İLK KOAH RAPORU VE İDAME TEDAVİ ALMADIĞINDAN GÖRÜŞ SORULMUŞTUR.GELEN GÖRÜŞE GÖRE İTİRAZIN REDDİNE.
36	<ul style="list-style-type: none">FORTIMEL COMPACT FIBRE CILEK AROMALI 4 x125 ML(1200KCAL)(MALNÜTRİSYONA EŞLİK EDEN HASTALIK BULUNMAMAKTADIR.)	<ul style="list-style-type: none">2024-14.KOM.KALAN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE ÖDENMESİNE.
37	<ul style="list-style-type: none">ELOCTA 1000 IU IV ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ HAZIRLAMAK İÇİN TOZ VE COZUCU (RAPOR DOZUNA GÖRE DÜZELTİLDİĞİNDE OTOMATİKMAN OLUŞAN KESİNTİ. SUT 4.1.4. (5) HASTANIN TEDAVİSİNDE; A) İLK DEFA REÇETE EDİLECEK İLAÇLAR RAPORLU OLSA DAHİ KULLANIM DOZUNA GÖRE , BİR AYI GEÇMEYECEK SÜRELERDE ÖDENİR. SONRAKİ REÇETELERDE YAZILACAK İLAÇ MİKTARI İÇİN SUT' TA YER ALAN GENEL VEYA ÖZEL DÜZENLEMELER ESAS ALINIR. BU İLAÇLARIN DEVAM REÇETELERİNDEKİ FARKLI FARMASÖTİK DOZLARI DA İLK TEDAVİ OLARAK KABUL EDİLİR.)	<ul style="list-style-type: none">ELOCTA 1000 IU ; RAPOR DOZUNA GÖRE HAFTADA 1*2 ŞEKLİNDE DÜZELTİLDİĞİNDE İLK ALIM OLDUĞU İÇİN BİR AYLIK DOZ 9 KUTU ÖDENMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.

