

27.10.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

| Dosya No | İTİRAZ KONUSU | KOMİSYON KARARI |
|----------|---|--|
| 1 | GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK(HASTA KAYDINDA AYNI TEŞHİSTE SC İVIG MEVCUT. AYNI ATC KODUNDAKİ (J06BA) İLAÇLAR. TOPLAM GRAM HER İKİ RAPORDAKİ DOZUN ÜZERİNDEDİR.) | GENIVIG HUMAN IMMUNGLOBULIN 5 G/100 ML INTRAVENOZ INFUZYON İCİN COZ İCEREN 1 FLK;09/09/2022 TARİHLİ HİZETRA S.C. İLACI ERKEN ALIMLA ALINDIĞI VE BİTİŞ TARİHİ 19/10/2022 OLDUĞUNDAN VE RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR. |
| 2 | <ul style="list-style-type: none">PLAVIX 75 MG 28 FTB(RAPORSUZ ÖDEME KOŞULLARINA UYGUN DEĞİL)THINCAL 120 MG 84 KAP;12 HAFTALIK TEDAVİ SONUNDA %5 KİLO KAYBI OLMAMIŞ. ÜSTELİK 95 KİLODAN 96 YA ÇIKMIŞ | <ul style="list-style-type: none">PLAVIX 75 MG 28 FTB;E-REÇETEDEN TANI VE BRANÇ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.THINCAL 120 MG 84 KAP ;E-REÇETEDEN KİLOYA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE. |
| 3 | CRESTOR 10 MG.28 TABLET(SİSTEMDE KAYITLI AYNI ATC KODUNDA AYNI ECZANE TARAFINDAN FATURA EDİLMİŞ OLAN PRATİN 4 MG (HMG COA REDÜKTAZ İNHİBİTÖRLERİ) İLACI MEVCUT) | CRESTOR 10 MG.28 TABLET ;SİSTEMDE AYNI ATC KODLU İLAÇLA BİRLİKTE VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE |
| 4 | HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(BAŞLANGIÇ RAPORU UYGUN DEĞİL.DEVAM RAPORU ŞEKLİNDE ÇIKMIŞ.BASDAI DE DÜŞÜŞ BELİRTİLİYOR.) | HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML;BAŞLANGIÇ VE DEVAM RAPORLARI UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. |
| 5 | SEREX 300 MG 30 FTB (HASTA ELİNDE İLAÇ VAR. AYNI GÜN REÇETESİ MEVCUT.) | RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 6 | ELIGARD 22,5 MG ENJ ÇÖZ İÇİN SİRİNGA(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK) | ELIGARD 22,5 MG ENJ ÇÖZ İÇİN SİRİNGA;RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 7 | <ul style="list-style-type: none">FORTIMEL ENERGY CİLEK AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ MAMADAN FARKLI MAMA VERİLMİŞ)FORTIMEL ENERGY MUZ AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDAKİ MAMADAN FARKLI MAMA VERİLMİŞ) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 8 | <ul style="list-style-type: none">TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET(254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS E REÇETEDEN YOK)DIAMICRON MR 60 MG 60 TABLET(RAPOR DOZU 1*1) | <ul style="list-style-type: none">TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FILM TABLET;RAPORSUZ E-REÇETEDEN UYARI KODUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN VE 06/07/2022 TARİHLİ RAPORDA ETKEN MADDE KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNEDIAMICRON MR 60 MG 60 TABLET ; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 9 | VASTAREL MR 35 MG 60 FTB (RAPORDA UYGUN İCD 10 KODU YOK VE İLAÇ SÜRESİ DOLMAMIŞ.) | VASTAREL MR 35 MG 60 FTB ;RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 10 | <ul style="list-style-type: none">ELIGARD 22,5 MG ENJ.COZ.İCİN SİRİNGA(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK)UREDERM LIPO %10(SİSTEMDEKİ DOZ GİRİLDİ) | <ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 11 | IG-VENA N IV 50MG/ML 100 ML 1 FLK(ENDİKASYON DIŞI İZİN HEMATOLOJİ BRANŞINA VERİLMİŞTİR. SUT 4.1.4 -4 (Ç) MD. UYGUN DEĞİL) | IG-VENA N IV 50MG/ML 100 ML 1 FLK ;SUTUN 4.1.4-4 (Ç) MADDESİNE GÖRE ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNDEKİ HEMATOLOJİ BRANŞINDA RAPOR VE REÇETE DÜZENLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE |

| | | |
|----|---|---|
| 12 | <ul style="list-style-type: none"> • LEVOTIRON 100 MCG 50 TABLET(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.) • PLETAL 100 MG 60 TABLET RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞI BELİRTİLMİYOR. | <ul style="list-style-type: none"> • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 13 | COFACT 500 IU 1 FLK(SUT 4.1.4.4-Ç.-REÇETE MD. UYGUN DEĞİL. END DİŞİ İZİN ALINAN BRANŞ UZMANINCA DÜZENLENMEMİŞ) | COFACT 500 IU 1 FLK;REÇETeyİ YAZAN BRANŞ,ENDİKASYON DİŞİ KULLANIM İZİNİNDE GEÇEN BRANŞTAN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 14 | <ul style="list-style-type: none"> • HYQVIA 10 G / 100 ML SC KULLANIM ICIN INFUZYONLUK COZELTI ICEREN 2 FLAKON(ICD-10 KODU D80.9 OLMALIDIR GEREKÇESİYLE İADE YAPILMIŞ OLUP İLGİLİ KOD EKLENMEMİŞTİR) • -HYQVIA 5 G /50 ML SC KULLANIM ICIN INFUZYONLUK COZELTI ICEREN 2 FLAKON(ICD-10 KODU D80.9 OLMALIDIR GEREKÇESİYLE İADE YAPILMIŞ OLUP İLGİLİ KOD EKLENMEMİŞTİR) | <ul style="list-style-type: none"> • MEDULADA İLAÇLA İLGİLİ HER İKİ KARTTA D80..1 GEÇTİĞİNDEN ÖDENMESİNE |
| 15 | CLOPRA 75 MG 28 FTB(RAPORDA ANJİOGRAFİK OLARAK BELGELENDİĞİ YAZMIYOR) | CLOPRA 75 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 16 | ENOX 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ.(GEBELİĞİ BOYUNCA KULLANILIR)(3 KUTU ÖDENDİ) | ENOX 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 17 | FOSAMAX 70 MG.4 TB.(FOSAMAX;RAPORDAKİ KEMİK ÖLÇÜM DEĞERİNİN T SKORU OLUP OLMADIĞI RAPORA 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR.EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.) | FOSAMAX 70 MG.4 TB.;28/09/2022 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 18 | <ul style="list-style-type: none"> • XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(ENZALUTAMİD; (MADDE 4.2.14.C/3-U-2)(KULLANIM İLKELERİNE GÖRE EKSİKLİK VAR.) • XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(HORMONAL TEDAVİYE VE SONRASINDA DOSETAKSEL TEMELLİ KEMOTERAPİYE DİRENÇLİ HASTALARDA KULLANILIR.) • LUCENTIS 10 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR 1 ENJEKTOR(RAPORDA TEDAVİYE CEVAP KRİTERLERİ BELİRTMİYOR.) | <ul style="list-style-type: none"> • RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 19 | LUCRIN DEPOT 3.75 MG IM SC 1 AYLIK(RAPORDA HASTANIN MENOPOZ DURUMU BELİRTİLMEMİŞ) | LUCRIN DEPOT 3.75 MG IM SC 1 AYLIK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 20 | TOPAMAX 25 MG.60 FILM TB.(BU İLK RAPOR ÖNCESİ SİSTEMDE KAYITLI,6 AY SÜREYLE KULLANDIĞI PROFİLAKTİK MİGREN İLACI BULUNAMAMIŞTIR) | TOPAMAX 25 MG.60 FILM TB.;RAPORDAKİ İFADEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 21 | GADOVIST 604.72 MG ML 15 ML 1 FLK.(ÇEKİLECEK FİLM HATALIDIR.) | GADOVIST 604.72 MG ML 15 ML 1 FLK.(İNTRA PİYEOGRAFI (I.V.P) VE HİSTEROSALFİNGOGRAFI(HSG)TETKİKLERİ DİŞİNDE ÜST BATIN BT DE KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE. |
| 22 | BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET(BAŞLANGIÇ RAPORUNDA BİYOPSİYE KONTRENDİKE ŞARTLARINI SAĞLANMIYOR.) | BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET;BİYOPSİ İÇİN KONTRENDİKASYON BULUNAN (PT DE 3 SN DEN FAZLA UZAMA)RAPORDA PTZ-20 OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. |
| 23 | ZOLADEX LA 10.8 MG DEPOT(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK) | ZOLADEX LA 10.8 MG DEPOT;LHRH ANALOGLARI KANSER TANISINDA VERİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE. |

| | | |
|----|---|--|
| | | |
| 24 | OPIREL 75 MG 28 FILM TABLET(RAPORDA HASTANIN HANGİ DURUMUNUN OLDUĞU BELİRTİLMEMİŞ.TIKAYICI PERİFERİK ARTER HASTALIĞI VEYA İSKEMİK İNME) | OPIREL 75 MG 28 FILM TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 25 | DILATREND 12.5 MG.30 TABLET(RAPORDAKİ DOZ 1*1 OLDUGU HALDE 2*1 GİRİLMİŞTİR) | DILATREND 12.5 MG.30 TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 26 | DESYREL 100 MG 30 TB. (TRISIKLIK)RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) | RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE |
| 27 | SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL)(18 AYIN ALTINDA VEYA 8 KG'A KADAR ÖDENMEKTEDİR.) | SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML;DOĞUMDAN İTİBAREN 8 KG VEYA 18 AYLIK OLANA KADAR KULLANILABİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE |
| 28 | NUTRISON ADVANCED DIASON 500 ML(515 KCAL)(3X1 OLARAK DÜZELTİLDİ.(HASTAYA DİĞER RAPORLA DA MAMA VERİLMİŞ) | NUTRISON ADVANCED DIASON 500 ML;DİASİP ADLI MAMAYLA İLGİLİ ÇAKIŞMA OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE |
| 29 | PLAVIX 75 MG 28 FTB (RAPORDA ANGIOGRAFİK OLARAK BELGELENDİĞİ YAZMIYOR.) | RAPORA YAPILAN EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE |
| 30 | <ul style="list-style-type: none"> LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTIPEN(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) LEVEMIR FLEXPEN 100U ML 5X3 ML.(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-MLR(APORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) VASTAREL MR 35 MG 60 FTB(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) DOPADEX SR 50 MG/200 MG UZATILMIS SALIMLI 100 TB(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) | <ul style="list-style-type: none"> LANTUS SOLOSTAR 100IU;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. LEVEMIR FLEXPEN 100U ML; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100;İLGİLİ RAPORDA VE EN SON GÜNCEL RAPORDA DOZ AŞILMADIĞINDAN ÖDENMESİNE. VASTAREL MR 35 MG 60 FTB; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. DOPADEX SR 50 MG/200 MG UZATILMIS SALIMLI 100 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE |
| 31 | <ul style="list-style-type: none"> INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(İLACIN ADININ YAZILI OLDUĞU RAPOR SEÇİLDİ.) | <ul style="list-style-type: none"> INFATRINI 200 ML;İLAÇLA İLGİLİ 26/07/2022 TARİHLİ RAPOR SEÇİLMİŞTİR. RAPOR BİTİŞ TARİHİNE KADAR ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE. |
| 32 | 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 EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE |
| 33 | <ul style="list-style-type: none"> FORTINI MULTI FIBRE CİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MALNÜTRİSYON TANIMI YOK.) SORMODREN 4 MG 50 TB.(RAPORDA UYGUN TANI YOK.) | <ul style="list-style-type: none"> FORTINI MULTI FIBRE CİKOLATA 200 ML;RAPORDA MALNUTRİSYON TANIMI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. SORMODREN 4 MG 50 TB;RAPOR TANISI UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. |
| 34 | <ul style="list-style-type: none"> LIFECHEK İNSULİN KALEM İGNEİ 31GX6MM(HASTA GÜNDE 3 KERE İNSÜLİN KULLANIYOR.) DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI)(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ.) | <ul style="list-style-type: none"> LIFECHEK İNSULİN KALEM İGNEİ;TEK ÇEŞİT İNSÜLİN GÜNDE 3 KEZ KULLANILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. DULOXX 30 MG 28 KAP; RAPORA |

| | | YAPILAN EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE |
|----|--|--|
| 35 | VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET (63 TABLET)(RAPORDA,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 (MADDE 4.2.14.C/3).) | VALAMOR 200 MG FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE |
| 36 | XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL (112 KAPSUL)(HORMONAL TEDAVİYE VE SONRASINDA DOSETAKSEL TEMELLİ KEMOTERAPİYE DİRENÇLİ, ECOG PERFORMANS SKORU 0-1 OLAN HASTALARDA BEDELİ ÖDENİR AYRICA TEŞHİSE ESAS OLAN PATOLOJİ SONUNCUNUN MERKEZİ TARİHİ VE NUMARASININ RAPORDA OLMASI GEREKLİDİR AYRICA YENİ RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMELİDİR (MADDE 4.2.14.C/3-U-4).) | XTANDI 40 MG YUMUSAK KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE |
| 37 | GLUCERNA SELECT VANILYA AROMALI 500 ML (500 KCAL)(APORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.) | GLUCERNA SELECT VANILYA AROMALI 500 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE |
| 38 | FOSAMAX 70 MG.4 TB.(RAPORDA GEÇERLİ OLAN BÖLGENİN KMY Sİ YOK VE 20,09 KODUNA HASTA UYGUN DEĞİL.) | FOSAMAX 70 MG.4 TB ;RAPORA YAPILAN EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE |
| 39 | <ul style="list-style-type: none"> TAGRİSSO 80 MG 28 FILM KAPLI TABLET(RAPORDA PROGRESYON OLMADIĞI BELİRTİLMEMİŞ, RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUYLA İLGİLİ BİLGİLER YOK.) VITAL 1,5 KCAL VANILYA AROMALI 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMA ADI YAZMIYOR.) | <ul style="list-style-type: none"> TAGRİSSO 80 MG 28 FILM KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE VITAL 1,5 KCAL VANILYA AROMALI 200 ML;RAPORDA MAMA ADI GEÇTİĞİNDEN ÖDENMESİNE |
| 40 | DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI)(RAPORDA 6 AY SÜRE İLE KULLANIMI UYGUNDUR. 26/01/2022 11:15 İBARESİ OLDUĞU İÇİN BEDELİ ÖDENMEDİ) | DULOXX 30 MG 28 KAP;GSS GENEL MÜDÜRLÜĞÜNÜN GÖRÜŞ YAZISINA GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 41 | <ul style="list-style-type: none"> XARELTO 20 MG 28 FTB(RAPORDA SUTTA İSTENEN BİLGİLER EKSİK.) FAMPYRA 10 MG UZATILMIŞ SALIMLI TABLET (56 TABLET)(RAPORDA EDSS SKORU NET DEĞİL) | <ul style="list-style-type: none"> RAPORA YAPILAN EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE |
| 42 | IMPACT ORAL RTD TROPİK MEYVE AROMALI 237 ML(334 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YAZMIYOR.) | IMPACT ORAL RTD TROPİK MEYVE AROMALI 237 ML; RAPORA YAPILAN EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE |
| 43 | XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET)(İLK 12 HAFTALIK OMALİZUMAB İLE TEDAVİ SÜRESİ SONUNDA YANIT ALINDIĞININ RAPORDA BELİRTİLMESİ KOŞULUYLA HEKİM TARAFINDAN UYGUN GÖRÜLEN ZAMAN DİLİMİ SONRASINDA İKİNCİ 12 HAFTA TEDAVİ VERİLEBİLİR. TEDAVİ SÜRESİ 24 HAFTAYA TAMAMLANARAK TEDAVİ SONLANDIRILIR.3.DOZ SONRASI ARA VERİLMEYEN DEVAM EDİLMİŞ,ANCAK FAYDA BELİRTMİYOR AKSİNE NÜKS DİYOR.) | XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTİ İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEME GÖRE ÖDENMESİNE |
| 44 | LIPANTHYL 267 M KP.(TRİGLİSERİD DÜZEYİ YOK) | LIPANTHYL 267 M KP; RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |
| 45 | SYNJARDY 5MG/1000 MG 60 FILM KAPLI TABLET(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.) | SYNJARDY 5MG/1000 MG 60 FILM KAPLI TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMEYE GÖRE ÖDENMESİNE. |

