

28.01.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">THIOCTACID 600 MG FİLM KAPLI TABLET (30 TABLET) (Diyabetik periferel polinöropati / Diyabetik periferel nöropatik ağrı tedavisinde ödenir.)MODIODAL 100 MG.30 TABLET (yalnızca narkolepsi tanısı almış olan hastalarda ödenir.ICD-10 kodu uygun değil.)	<ul style="list-style-type: none">THIOCTACID 600 MG FİLM KAPLI TABLET (30 TABLET) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEMODIODAL 100 MG.30 TABLET ; RAPORDA İLGİLİ TEŞHİS BULUNDUĞUNDAN ÖDENMESİNE
2	KIOVIG 5 GR/50 ML IV İNFUZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTI İCEREN FLK (Endikasyon uyumu aranmakta olup Kronik Lenfositik Lösemi, Multipl Miyelom, Allojenik hematopoetik kök hücre transplantasyonu sonrasında hipogammaglobulinemide endikedir. İVIG kullanımına yönelik SB end dışı ilaç kullanım onayı mevcut değildir.)	KIOVIG 5 GR/50 ML IV İNFUZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTI İCEREN FLK. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
3	FORTIMEL COMPACT FİBRE CİLEK AROMALI 4X125 ML (1200KCAL) (raporda mama adı yok.)	FORTIMEL COMPACT FİBRE CİLEK AROMALI 4X125 ML (1200KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
4	<ul style="list-style-type: none">URSACTIVE 250 MG 100 KAP (endikasyon dışı verilmiş.)FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB (osteoporoz tanısı ile uyumsuz ICD-10 AKODU)VEMLIDY 25MG 30 FİLM KAPLI TABLET (ANTİVİRAL DEĞİŞİMİ SUT A UYGUN DEĞİL.)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB ; RAPORDA UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE VEMLIDY 25MG 30 FİLM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
5	XARELTO 20 MG 28 FTB (orta-ciddi mitral darlık veya mekanik protez kapağı olmayan nonvalvuler atriyal fibrilasyonlu hastalarda;kullanılabilir.hastanın raporunda belirtilmemiş.)	XARELTO 20 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
6	<ul style="list-style-type: none">JARDIANCE 10 MG FİLM KAPLI TABLET (Açıklamalar uygun değil)BARACLUDE 1 MG 30 FİLM TABLET (Başlama değeri olarak HBV-DNA 105 kopa/ml uygun değil)	<ul style="list-style-type: none">JARDIANCE 10 MG FİLM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEBARACLUDE 1 MG 30 FİLM TABLET ; ANTİVİRAL TEDAVİYE 2006 YILINDA BAŞLANDIĞINDA VE RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
7	RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL) (RAPORDA MAMA ADI YOK.)	RESOURCE GLUTAMİN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL) ; 01.08.2019 TARİHLİ RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE
8	<ul style="list-style-type: none">CRESTOR 10 MG.28 TABLET (LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)GRANOCYTE 34 MU ENJEKSİYONLUK/İNFUZYONLUK LIYOFİLİ (Rapordaki uygulanak doz açıklamasına göre.)GRANEXA 1 MG FİLM KAPLI TABLET (10 TABLET) (Kemoterapiyi takiben günde iki kez bir tablet (1 mg) veya 2 mg günde bir kez bir haftaya kadar kullanılır.)	<ul style="list-style-type: none">CRESTOR 10 MG.28 TABLET ; LDL TAHLİL BELGESİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNEGRANOCYTE 34 MU ENJEKSİYONLUK/İNFUZYONLUK LIYOFİLİ ; raporda yer alan 1-3 günler arası her gün tedavi şeması diğer ilaçlara ait olduğundan reçete ve rapora göre ödenmesine. GRANEXA 1 MG; BİR HAFTAYA KADAR KULLANILABİLECEĞİNDEN 2 KUTU BEDELİNİN ÖDENMESİNE.
9	<ul style="list-style-type: none">TARDEN 10 MG.30 FİLM TB. (raporda ldl değeri yoktur) 2C47FRX - PLAVIX 75 MG 28 FTB (raporda açıklama eksiktir)TASIGNA 200 MG.112 KAPSUL (sut madde 4.2.14 C-3/ı raporda belirtilmelidir)GLIVEC 400 MG.30 FİLM TABLET (endikasyon uyumsuzdur sağlık bakanlığı end dışı onayı alınmamıştır)SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB (idame	<ul style="list-style-type: none">TARDEN 10 MG.30 FİLM TB. ; LDL BELGESİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNETASIGNA 200 MG.112 KAPSUL ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNEGLIVEC 400 MG.30 FİLM TABLET ; RAPORDA AFİP KRİTERLERİNDEN " MİDE DIŞI YERLEŞİMDE MİTOTİK İNDEKSİN 5 İN ÜZERİNDE" OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.

	<p>tedavidir raporda açıklama eksiktir)</p> <ul style="list-style-type: none"> • ICATIN 30MG/3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (alnızca; 2 yaş ve üzerindeki hastaların C1 esteraz inhibitörü eksikliği veya C1 esteraz inhibitörü düzeyinin normal/yüksek olduğu durumlarda ise inhibitör fonksiyonunun düşüklüğü ile birlikte seyreden herediter anjiyoödem (HAÖ) akut ataklarının tedavisinde, bedelleri Kurumca karşılanır.) 	<ul style="list-style-type: none"> • SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB ; ÖNCEKİ İLAÇ ALIMI ARA OLDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN RAPOR VE REÇETEDEKİ DETOKS İFADESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. • ICATIN 30MG/3ML COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
10	DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL (ORAL OKSİBUTİNİNE YANIT ALINAMAYAN YA DA TOLORE EDEMEYEN HASTALARDA KULLANILIR.)	DETRUSITOL SR 4 MG 28 KAPSUL ; E-REÇETEDE ORAL OKSİBUTİNİNİ TOLERE EDEMEDIĞİ BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
11	<ul style="list-style-type: none"> • PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ (1 KORUMALI ENJEKTOR) (RAPORDA KMY SONUCUNUN TARİHİ YAZMIYOR.) • NEXAVAR 200 MG 112 FTB (RAPORDA radyoloji, patoloji veya sitoloji raporuyla ilgili bilgiler yok ve SUT A göre eksik.) 	<ul style="list-style-type: none"> • PROLIA 60 MG KULL HAZIR ENJ ICİNDE ENJLUK COZ ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • NEXAVAR 200 MG 112 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
12	LANTUS; RAPOR AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.	LANTUS ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"> • TARCEVA ROCHE 150 MG 30 FILM TB. (non-skuamöz olması durumunda ödenir) • DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI) (Antidepresan olarak kullanımında;6 aydan uzun süre kullanılması gereken durumlarda psikiyatri uzman hekimlerinin reçetelemesiyle ödenir.418 ile verilmiş) 	<ul style="list-style-type: none"> • TARCEVA ROCHE 150 MG 30 FILM TB ; EKLENEN ENDİKASYON DIŞI İZİN BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE. • DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI) ; SNRI GRUBU İLACIN 6 AYDAN FAZLA KULLANIMI İÇİN RAPORDA VE REÇETEDE PSİKİYATRİ UZMANI BULUNMADIĞINDAN – OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMESİNE.
14	KETYA 100 MG 30 TB (endikasyonu dışında verilmiş.)	KETYA 100 MG 30 TB ; DEMANS TANISINDAN UYGUN ICD-10 KODU TANI KISMINDA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> • ATOR 20 MG.30 TB. (LDL Sİ UYGUN DEĞİL.) • ALATAB 600 MG 30 FTB (RAPORDA DİYABETİK PERİFERAL OLDUĞU YAZMIYOR.) 	<ul style="list-style-type: none"> • ATOR 20 MG.30 TB. ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. • ALATAB 600 MG 30 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
16	BRONTIO 18 MCG 30 İNHALASYON İCİN TOZ ICEREN 30 KAP (LAMA) (Hastaya çıkan bu ilk rapordan önce sistemde kayıtlı ,inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ilacı bulunmamaktadır.LAMA'sı kesildi.12/10/2020 tarihinde 3Lü olarak başlanmış)	BRONTIO 18 MCG 30 İNHALASYON İCİN TOZ ICEREN 30 KAP (LAMA) ; İLK KOAH RAPORU OLMASI VE DAHA ÖNCE 12/10/2020 TARİHİNDE BİR KEZ LABA+İKS GRUBU İLAÇ KULLANMASI İLE SUTUN 4.2.24-B-12. MADDESİNE UYGUN RAPOR OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
17	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.)	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
18	DYLOXIA 60 MG 28 KAP (6. aydan sonra ilaca devam edilecekse raporu ruh sağlığı ve hastalıkları hekimi yenilemelidir)	DYLOXIA 60 MG 28 KAP ; SNRI GRUBU İLACIN 6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE RAPORDA VEYA REÇETEDE PSİKİYATRİ HEKİMİ BULUNMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
19	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) (HASTANIN YAŞI UYGUN DEĞİL.KİLOSU GÜNCEL DEĞİL.)	INFATRINI 200 ML(200 KCAL) ; RAPORUN ÇIKTIĞI TARİHTE 8 KİLO OLAN HASTANIN YAŞI UYGUN OLMADIĞI VE GÜNCEL KİLOSU YAZMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
21	<ul style="list-style-type: none"> • SPIRIVA 18 MCG.İNHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) (Açıklamalar uygun değil) • EXTRAIR 12 MCG-400 MCG İNHALASYON İCİN TOZ ICEREN 60+60 KAPSUL(LABA+İKS) (Açıklamalar uygun değil) 	<ul style="list-style-type: none"> • SPIRIVA 18 MCG.İNHALASYON 30 KAPSUL - EXTRAIR 12 MCG-400 MCG İNHALASYON İCİN TOZ ICEREN 60+60 KAPSUL(LABA+İKS) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
22	<ul style="list-style-type: none"> • PLETAL 100 MG 60 TABLET (RAPORUN 	<ul style="list-style-type: none"> • PLETAL 100 MG 60 TABLET ; İLGİLİ

	<p>DÜZENLENME TARİHİNDE HASTANEDE KALP VE DAMAR CERRAHİSİ UZMANI BULUNDUĞUNDAN PLETAL TB BEDELİ ÖDENMEDİ.)</p> <ul style="list-style-type: none"> JANUMET 50/850 MG 56 FILM KAPLI TABLET (metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; kullanılabilirdiğinden bedeli ödenmedi.) 	<p>HASTANEDEN KALP DAMAR CERRAHİ UZMANI BULUNDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</p> <ul style="list-style-type: none"> JANUMET 50/850 MG 56 FILM KAPLI TABLET ; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE
23	<ul style="list-style-type: none"> XATRAL-XL 10 MG 30 DENETİMLİ SAL.TB (Benign prostat hiperplazisi endikasyonunda ödenir) BRONTIO 18 MCG 30 INHALASYON İCİN TOZ ICEREN 30 KAP (LAMA) (Hastaya çıkan bu ilk rapordan önce sistemde kayıtlı ,inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ilacı bulunmamaktadır.LAMA'sı kesildi) SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) (Hastaya çıkan bu ilk rapordan önce sistemde kayıtlı ,inhale kortikosteroid (İKS) ve uzun etkili solunum yolu beta-agonistleri (LABA) ilacı bulunmamaktadır.LAMA'sı kesildi) 	<ul style="list-style-type: none"> XATRAL-XL 10 MG 30 DENETİMLİ SAL.TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. BRONTIO 18 MCG 30 INHALASYON İCİN TOZ ICEREN 30 KAP (LAMA) ; HASTANIN İLK KOAH RAPORU OLMASI VE BU RAPOR ÖNCESİNDE EN AZ 3 AY LABA+İKS GRUBU İLAÇLARI KULLANMAMIŞ OLMASI NEDENİYLE KEDİNTİ YAPILMIŞTIR.OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA) ; HASTANIN İLK KOAH RAPORU OLMASI VE BU RAPOR ÖNCESİNDE EN AZ 3 AY LABA+İKS GRUBU İLAÇLARI KULLANMAMIŞ OLMASI NEDENİYLE KESİNTİ YAPILMIŞ. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
24	<p>EPİXX 100 MG/ML ORAL SOLÜSYON 300 M ; RAPORDAKİ DOZ LEVATİRASETAM 300 MG, REÇETEDe VERİLEN 3000 MG)</p>	<p>EPİXX 100 MG/ML ORAL SOLÜSYON 300 M ; İLGİLİ DOKTORDAN ALINAN GÖRÜŞ YAZISINA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE</p>