

## 29.12.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(HASTANIN YAŞI 18 AYI GEÇMİŞTİR)	INFATRINI 200 ML;REÇETE TARİHİNDE HASTA YAŞI VE KİLOSU UYGUN OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.
2	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML(200 KCAL)(İADE DUZELTİLMEDİ) (RECETE TARİHİYLE UYUMLU KİLOSU RAPORDA YADA E-RECETEDE BELGELENECEK.)	SIMILAC HIGH ENERGY 200 ML; İADE SONRASI KİLO BİLGİSİ EKLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
3	<ul style="list-style-type: none"><li>COLNAR 10 MG 28 TABLET(LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)</li><li>VEGABON 70 MG 4 TB(KMY ÖLÇÜM BÖLGESİ YETERLİ DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>COLNAR 10 MG 28 TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li><li>VEGABON 70 MG 4 TB;RAPORDA ÖLÇÜM YAPILAN BÖLGE BELİRTİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
4	ATOR 10 MG.30 TB.(TEK TAHLİL LDL İLE ODENMEZ.)	ATOR 10 MG.30 TB;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
5	ONCEAIR 10 MG 28 FTB (AYNI REÇETEDE LEVMONT TABLET YAZILI.)	ONCEAIR 10 MG 28 FTB ;AYNI REÇETEDE LEVMONT DA VERİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
6	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (ANTI TNF)(RAPORDA 2 HAFTADA 1*1, RAPOR DOZUNA GÖRE DÜZELTİLDİ.)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE HAFTADA BİR ŞEKLİNDE GİRİLEREK İŞLEM YAPILMASINA.
7	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK.(ANTI TNF)(RAPORA SONRADAN EKLENEN AÇIKLAMALAR UYGUN DEĞİL)	REMICADE 100 MG KONS. IV INF. COZL. HAZ. ICIN LIYOF. TOZ ICEREN 1 FLK;REÇETE TARİHİNDE RAPORDAKİ AÇIKLAMALAR UYGUN OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.
8	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR 20 MG.30 TB.(İADE SÜRESİ DOLMASINA RAĞMEN RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLMEMİŞTİR.)</li><li>LASIX 12 TABLET(İADE SÜRESİ DOLMASINA RAĞMEN RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLMEMİŞTİR.)</li><li>PLAVIX 75 MG 28 FTB(İADE SÜRESİ DOLMASINA RAĞMEN RAPORDAKİ EKSİKLİK GİDERİLMEMİŞTİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>İADE İŞLEMİ YAPILMADIĞI TESPİT EDİLDİĞİNDEN VE RAPOR EKLEME YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
9	CONCOR 5 MG.30 LAK TABLET(RAPORDAKİ DOZ 2YILDA 1*1,REÇETEDE 1*1)	CONCOR 5 MG.30 LAK TABLET;RAPORDAKİ TEDAVİ ŞEMASİ HATALI OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
10	COLIDUR 200 MG 12 FTB (SUTUN EK-4/E-13/22 NOLU MADDESİNE UYGUN OLMAYAN E-REÇETE.)	COLIDUR 200 MG 12 FTB; E-REÇETE UYGUN TANI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
11	EPIXX 100 MG/ML ORAL SOLUSYON 300 M (RAPORDAKİ DOZ 1000MG,REÇETEDE VERİLEN 1400MG)	EPIXX 100 MG/ML ORAL SOLUSYON ;RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
12	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB(İDAME TEDAVİSİ E-REÇETEDE İDRARDA OPIAT BİLGİSİ YERİNE DETOKS İFADESİ BULUNMAKTADIR.)	SUBOXONE 8 MG 28 SUBLINGUAL TB; İDAME TEDAVİ İLE İLGİLİ İDRAR TAHLİLİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR 10 MG.30 TB.(İLACA ARA VERİLMİŞ LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)</li><li>FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTI(RAPOR AÇIKLAMASI YETERSİZ.FULVESTRANT)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ATOR ; REÇETE TARİHİNDEN ÖNCEKİ SON BİR YIL GÖRÜLEBİLDİĞİNDEN VE İDAME TEDAVİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li><li>FASLODEX- RAPORA YAPILAN</li></ul>

	<p>(MADDE 4.2.14.C-3/Ç);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GRANOCYTE 34 MU ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK LIYOFİLİ(RAPOR KÜR TANIMINA GÖRE İLAÇ KARŞILANMIŞ.)</li> <li>FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTİ(RAPORDA,KLİNİK VE/VEYA RADYOLOJİK HASTALIK PROGRESYONU VARLIĞI BELİRTİLMİYOR.)</li> <li>VALAMOR 200 MG FİLM KAPLI TABLET (63 TABLET)(RAPORDA,KLİNİK VE/VEYA RADYOLOJİK HASTALIK PROGRESYONU VARLIĞI BELİRTİLMİYOR.)</li> </ul>	<p>EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GRANOCYTE- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> <li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
14	<ul style="list-style-type: none"> <li>ENJEKTÖR 2 CC(1 ADET DODEX ÖDENMEDİĞİNDEN ENJEKTÖR BEDELİ DE KESİLMİŞTİR.)</li> <li>DODEX 1 CC.5 AMPUL(E-REÇETEDE DOKTOR TARAFINDAN HAFTADA 1 DİYE BELİRTİLDİĞİNDEN DOZ DÜZELTİLMİŞTİR.)</li> <li>ENJEKTÖR 2 CC(1 ADET DODEX ÖDENMEDİĞİNDEN ENJEKTÖR BEDELİ DE KESİLMİŞTİR.)</li> <li>DODEX 1 CC.5 AMPUL(E-REÇETEDE TEDAVİ SÜRESİ DOKTOR TARAFINDAN HAFTADA 1 DİYE BELİRTİLDİĞİNDEN DOZ DÜZELTİLMİŞTİR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>E-REÇETEDE HAFTADA BİR KULLANILACAĞI BELİRTİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE</li> </ul>
15	ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL İCEREN 1 FLK(ALBÜMİN ÖLÇÜM TARİHİ 3 GÜNDEN ÖNCESİNE AİTTİR)	ZENALB %20 100 ML IV INF İCİN DUSUK TUZLU SOL İCEREN 1 FLK;RAPOR SÜRESİ 4 GÜNLÜK OLDUĞUNDAN VE 18/11/2022 TARİHLİ GÜNCEL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
16	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.İCİN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM (ANTI TNF)(RAPORDAKİ DOZ GİRİLDİ)	ENBREL PEN 50 MG ENJ COZ.İCİN KULLANIMA HAZIR 2 KALEM; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	SULINEX 150 MG XR 28 TB (SNRI)(RAPOR DOZU ÖDENİR.RAPORDA DOZ AÇIKLAMASI YOK.)	SULINEX 150 MG XR 28 TB;10/01/2022 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
18	QUELEPT 25 MG 30 FTB (ICD 10 KODUNA GÖRE ÖDENMEZ)	QUELEPT 25 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	JARDIANCE 10 MG FİLM KAPLI TABLET(RAPOR SUT A UYGUN OLMADIĞI İÇİN KESİLDİ)	JARDIANCE 10 MG FİLM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none"> <li>FEMARA 2.5 MG 30 FTB(RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK)</li> <li>FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB(RAPORDA SUTTA İSTENEN BÖLGENİN KMY Sİ YAZMIYOR)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>FEMARA 2.5 MG 30 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> <li>FOSAVANCE 70 MG/5600 IU 4 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE</li> </ul>
21	BINOCRIT 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ İCİN COZ İCEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR(FERRİTİN 10,8 ÖDENMEZ.)	BINOCRIT 3000 IU/0,3 ML SC/IV ENJ İCİN COZ İCEREN 6 KULLANIMA HAZIR ENJEKTÖR ; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
22	UROCİT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB(RAPOR AÇIKLAMASI YETERLİ DEĞİL.N20.0 VE N20.1 ICD 10 KODUNDA EN AZ BİR KEZ GİRİŞİMSEL (ESWL VEYA CERRAHİ) TEDAVİ UYGULANMIŞ REKÜRREN BÖBREK TAŞI OLAN VE İDRAR PH DEĞERİ 6,5 İN ALTINDAKİ HASTALARDA KATILIM PAYINDAN MUAFTIR.)	UROCİT-K 10 MEQ (1080 MG) 100 KONTROLLU SALIM TB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
23	ALIPZA 4 MG FİLM TABLET(RAPORDAKİ LDL SONUCU UYGUN DEĞİL.)	ALIPZA 4 MG FİLM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>VENOMIA 20 MG KAPSUL (28 KAPSUL)(RAPOR ICD 10 KODU UYGUN DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>VENOMIA 20 MG KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VENEGIS XR 75 MG SALINM.28 SERT KAP (SNRI)(HASTA ELİNDE İLAÇ MEVCUT.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• VENEGIS XR 75 MG SALINM.28 SERT KAP; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
25	PLETAL 100 MG 60 TABLET(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞI BELİRTİLMİYOR.)	PLETAL 100 MG 60 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
26	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET(RAPORDA GÜNCEL DEĞERLER YOK VE YAZAN BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ YETERSİZ.)</li> <li>• LATİXA 500 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB(RAPOR AÇIKLAMASI GENEL ÖDEME ŞARTLARIDIR.HASTADA BU DURUMLARIN VARLIĞI BELİRTİLMİYOR.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET; BAŞLANGIÇ RAPORU UYGUN OLDUĞUNDAN VE GÜNCEL DEĞER RAPORA EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE</li> <li>• LATİXA 500 MG UZATILMIS SALIMLI 60 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
27	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMINDA EKSİKLİK VAR.)	NUTRIVIGOR MUZ AROMALI 220 ML SİSE; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
28	XARELTO 20 MG 28 FTB(RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA EKSİK.)	XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
29	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML(330 KCAL)(MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL)	PEDIASURE PLUS FIBER MUZ AROMALI 220 ML; RAPORDA HASTANIN BOY VE KİLOSU -2 STANDART SAPMANIN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
30	LEVOTIRON 75 MCG 50 TABLET(HASTA ELİNDE İLAÇ VAR.)	LEVOTIRON 75 MCG 50 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
31	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON AÇIKLAMASI UYGUN DEĞİL.)	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU ;RAPORDA HASTANIN BOY VE KİLOSU -2 STANDART SAPMANIN ALTINDA OLDUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.
32	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU (220 ML)(330 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.)	PEDIASURE PLUS FIBER KAKAOLU; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
34	SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB.(G30.8 ICD-10 KODU İLE ODENMEZ.)	SEROQUEL 25 MG.30 FILM TB;RAPORA EKLENE F01 TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.