

30.06.2022 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL (28 KAPSUL)(RAPOR 11.04 TEŞHİS KODU İLE NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞTIR.6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE İLAÇ KULLANILMASI GEREKEN DURUMDA PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN YAZILMASI GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	DUXET 60 MG GASTRO-REZİSTAN SERT KAPSUL;6 AYDAN FAZLA ANTİDEPRESAN KULLANIMI OLDUĞU HALDE REÇETE YADA RAPORDA PSİKİYATRİ UZMANI OLMADIĞINDAN VE GERİLİM TİPİ BAŞ AĞRISI TEŞHİSİNDE İSE REÇETE BRANŞI UYGUN OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞ OLUP OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR
2	FORTINI MULTI FİBRE ÇİKOLATA 200 ML (300 KCAL)(RAPORDA MAMANIN TAM ADI YOK.)	FORTINI MULTI FİBRE ÇİKOLATA 200 ML;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">LIPITOR 10 MG.30 FİLM TB.(RAPORDA LDL SONUCU YOK.)IRDAPIN PLUS 300/10/12,5 MG 28 FİLM TABLET (RAPORDA SUTTA İSTENEN AÇIKLAMA YOK.)	<ul style="list-style-type: none">LIPITOR 10 MG.30 FİLM TB;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNEIRDAPIN PLUS 300/10/12,5 MG 28 FİLM TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET)(HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA HEKİMİN KARAR VERDİĞİ ARA VERME SÜRESİNDEN SONRA NÜKS OLMASI HALİNDE TEDAVİYE DEVAM EDİLİR.)XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET) (HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA HEKİMİN KARAR VERDİĞİ ARA VERME SÜRESİNDEN SONRA NÜKS OLMASI HALİNDE TEDAVİYE DEVAM EDİLİR. ÖRNEKLEME LİSTESİNDE)	<ul style="list-style-type: none">XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR;RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA YAPILMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNEXOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR;TAMAMI İNCELENSİN ÖNCESİ KESİNTİ TEKRAR DEĞERLENDİRİLMEMİŞTİR.
5	TIOPATI 600 MG 30 FİLM TABLET (İLGİLİ AÇIKLAMA RAPORDA YOK.254)	TIOPATI 600 MG 30 FİLM TABLET;RAPOR AÇIKLAMASI EKSİK OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE
6	<ul style="list-style-type: none">XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET) (HER 6. DOZ UYGULAMASINDAN SONRA OLMAK ÜZERE, HEKİMİN BELİRLEYECEĞİ ARA VERME SÜRESİ SONUNDA NÜKS ORTAYA ÇIKMASI HALİNDE ÖDENİR. HER NÜKS RAPORUNUN SÜRESİ 24 HAFTA OLUP,29/11/2020 TARİHİNDE 6.DOZ BİTİMİ İLE BİRLİKTE NÜKS GELİŞMESİ BEKLENMEDEN 7.DOZ GİRİŞİ YAPILMIŞ VE PANDEMİ SÜRESİNCE DE REÇETESİZ FATURA EDİLMİŞ)ATOR 20 MG.30 TB.(YAPILMIŞ KAN LİPİD DÜZEYLERİNİN HER İKİSİNDE DE YÜKSEK OLDUĞUNU GÖSTEREN TETKİK SONUÇLARI BELİRTİLİR. TEK RİSK FAKTÖRÜ BULUNAN HASTANIN,LDL DEĞERLERİNDEN BİRİ UYGUN DEĞİL)TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FİLM TABLET (SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNAMAMIŞTIR)	<ul style="list-style-type: none">XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI İCEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.ATOR 20 MG.30 TB;İLİ LDL DEĞERİ İLE BİRLİKTE RİSK FAKTÖRLERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.TIOPATI-B 600MG / 250MG / 1MG 30 FİLM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

7	ALATAB 600 MG 30 FTB (SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNMAMAKTADIR)	ALATAB 600 MG 30 FTB ;E-REÇETEDKİ İFADEYE GÖRE ÖDENMESİNE
8	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (HASTANIN SİSTEMDE KAYITLI DM İLACI KULLANIMI YA DA DM RAPORU OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORDAKİ AÇIKLAMAYA GÖRE ÖDENMESİNE
9	RHOGAM ULTRA FILTERED PLUS 300 MCG (1500 IU) IM ENJ ICIN COZL ICEREN KULL HAZIR SIRINGA (12 HAFTA ARA İLE UYGULANIR (HAMİLELİĞİN ERKEN DÖNEMLERİNDE) (26 İLA 28.HAFTALARDAN ÖNCE)...2 HAFTALIK ARALIKLARLA - PROFLAKTİK OLARAK HAMİLELİĞİN 28-32. HAFTASINDA DOĞUM ÖNCESİ PROFLAKSİ ENDİKE OLDUĞUNDA, YENİ DOĞAN BEBEK RH POZİTİF İSE ANNENİN DOĞUM SONRASI DOZU ALMASI GEREKİR.)	RHOGAM ULTRA FILTERED PLUS 300 MCG; DOĞUM ÖNCESİ İKİ DEFA (8 HAFTA ARAYLA) KULLANILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	<ul style="list-style-type: none"> GALVUS 50 MG 56 TAB(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.) GALVUS MET 50/850 MG 60 TB (METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> GALVUS 50 MG 56 TAB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE GALVUS MET 50/850 MG 60 TB;RAPORDA EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE
11	<ul style="list-style-type: none"> CASODEX 50 MG.28 TABLET (ENDİKASYON UYUMU TESPİT EDİLEMEDİ.) CASOMID 50 MG 28 FILM TABLET (ENDİKASYON UYUMU TESPİT EDİLEMEDİ.) XARELTO 20 MG 28 FTB (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA;ÖDENİR) BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET (HASTANIN BAŞLANGIÇ KRİTERİNE AİT DEĞERLER RAPORDA EKSİK.) LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA;ÖDENİR) ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA;ÖDENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> CASODEX 50 MG.28 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE CASOMID 50 MG 28 FILM TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE BARACLUDE 0.5 MG 30 FILM TABLET;ANTİVİRAL TEDAVİYE 2008 YILINDA BAŞLADIĞI MEDULADA GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE ELIQUIS 2,5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	<ul style="list-style-type: none"> TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH ICIN TOZ 60 DOZ (LAMA)(RAPOR ENDİKASYONU UYGUN DEĞİL.) EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB (RAPORDA KOMBİNE PREPARAT KULLANIM GEREKÇESİ YOK.) SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL (LAMA)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.) FOSTER NEXTHALER 100/6 MCG KURU TOZ INHALER(LABA+IKS)(RAPORDA LABA+LAMA+IKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.) 	<ul style="list-style-type: none"> TIOFIX 18 MCG DISCAIR INH ICIN TOZ 60 DOZ; TEŞHİS UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE SPIRIVA 18 MCG.INHALASYON 30 KAPSUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE FOSTER NEXTHALER 100/6 MCG KURU TOZ INHALER; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	ARANESP 150 MCG.4 KULL.HAZIR SIRING (REÇETEDKİ DOZ HAFTADA 50 MCG OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILDI.)	ARANESP 150 MCG.4 KULL.HAZIR SIRING;E-REÇETEYE GÖRE MAKSİMUM 0,75 MCG*68 KG= 51 MCG/HAFTA ALABİLECEĞİNCEN

		İTİRAZIN REDDİNE
14	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET (ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA ÖDENİR.)	LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE DIABET CILEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(RAPORDAKİ MALNUTRİSYON TANIMI UYGUN DEĞİL.) EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28 (TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE DIABET CILEK AROMALI 200 ML; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
16	ALIPZA 4 MG FILM TABLET (HASTANIN BİR ÖNCEKİ RAPORU 1 YIL ÖNCE BİTTİĞİNDEN BAŞLANGIÇ RAPORU OLARAK DEĞERLENDİRİLİR.LDL ÖLÇÜM SONUCU SUT'A UYGUN OLMADIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	ALIPZA 4 MG FILM TABLET ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
17	<ul style="list-style-type: none"> EUTHYROX 75 MCG 50 TABLET (RAPORDAKİ DOZA GÖRE KESİLDİ.) LIPITOR 20 MG 90 TABLET (LDL 190 IN ÜSTÜNDE OLMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILDI.) RISPERDAL 1 MG.20 TABLET(RAPORDAKİ DOZA GÖRE KESİLDİ.) FORZIGA 10 MG 28 FTB (RAPORDA SUT A UYGUN AÇIKLAMA YOK.) LIPANTHYL 267 M KP.(RAPORDA TG DEĞERİ YOK) 	<ul style="list-style-type: none"> EUTHYROX 75 MCG; RAPORDAKİ DOZA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE. LIPITOR ; RAPORDAKİ LDL DEĞERLERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. RISPERDAL; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. FORZIGA- RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE LIPANTHYL ; ;EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
18	<ul style="list-style-type: none"> NEXSTEP 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TB (20 ICD KOD. ENDİKASYON UYUMU YOK.) LEVOTIRON 75 MCG 50 TABLET (RAP. 1*1 HASTA 50MCG DEN İLAC. ALMIŞ.) 	<ul style="list-style-type: none"> NEXSTEP 40 MG 28 ENTERİK KAPLI TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. LEVOTIRON 75 MCG 50 TABLET; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
19	ENOX 4000 ANTI-XA İU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ.(HASTA KRONİK BÖBREK HASTASI VE PAKET DAHİLİNDE OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILDI.)	ENOX 4000 ANTI-XA İU/0,4 ML 10 KULL.HAZ. ENJ;HASTANIN DİYALİZE GİRMEDİĞİ GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
20	<ul style="list-style-type: none"> KIOVIG 2,5 GR/25 ML IV İNFUZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTİ İCEREN FLAKON(PRİMER (KONJENİTAL) İMMÜN YETMEZLİK OLDUĞU RAPORDA AÇIKÇA BELİRTİLMELİDİR.) GEREKÇESİYLE İADE EDİLDİ. RAPORDA GEREKLİ DÜZELTME YAPILMADI.) KIOVIG 5 GR/50 ML IV İNFUZYON/SC KULLANIM İCİN COZELTİ İCEREN FLK (PRİMER (KONJENİTAL) İMMÜN YETMEZLİK OLDUĞU RAPORDA AÇIKÇA BELİRTİLMELİDİR.) GEREKÇESİYLE İADE EDİLDİ. RAPORDA GEREKLİ DÜZELTME YAPILMADI.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORDAKİ Dİ GERORGE SENDROMU AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.
21	<ul style="list-style-type: none"> SUPPORTAN 500 ML(750 KCAL)(I67 ICD-10 KODU İLE KATILIM PAYLI ODENİR.) GLUTAMİN PLUS NOTRAL 30X22,4 G SASE (2420 KCAL) (I67 ICD-10 KODU İLE KATILIM PAYLI ODENİR.) RECONVAN 500 ML (500 KCAL) (I67 ICD-10 KODU İLE KATILIM PAYLI ODENİR.) 	<ul style="list-style-type: none"> RAPORDA UYGUN ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
22	EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB (RAPORDA KOMBİNE PREPARAT KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)	EXFORGE 5 MG 160 MG 28 FTB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

23	INFATRINI 200 ML(200 KCAL)(HASTA YAŞI UYGUN DEĞİL.RAPOR TARİHİ ESKİ OLDUĞUNDAN GÜNCEL KİLOSU BELİRTİLMELİ.)	INFATRINI -GÜNCEL KİLO OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
24	EXJADE 500 MG SUDA DAĞILABİLEN 28 (TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU<3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN<300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILMASI GEREKTİĞİNDEN 418 KODU İLE VERİLEMEZ.)	EXJADE ; GÜNCEL FERRİTİN DEĞERİ OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
25	<ul style="list-style-type: none">• ATOR 20 MG.30 TB.(İDAME TEDAVİ DEĞİL.LDL ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)• FORZIGA 10 MG 28 FTB(METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA REÇETE EDİLEBİLİR.)	<ul style="list-style-type: none">• ATOR 20 MG.30 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.• FORZIGA 10 MG 28 FTB;RAPORDA GEREKLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE
26	STELARA 45 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR (HASTANIN BİR ÖNCEKİ RAPORUNDA DA PASI DEĞERİ 9 OLDUĞUNDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.HASTA TEDAVİDEN FAYDA GÖRMEMİŞTİR.)	STELARA 45 MG SC KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
27	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML (9.12.2021 TARİHLİ GÜNCEL RAPORA GÖRE GÜNLÜK DOZ 3X20Ü OLARAK DÜZELTİLDİ.)	NOVORAPID FLEXPEN 3 ML.100 U-ML;09/12/2021 TARİHLİ GÜNCEL RAPORA GÖRE İTİRAZIN REDDİNE
28	<ul style="list-style-type: none">• SPIRACT 18 MCG INHALASYON TOZU (30 KAPSUL) (LAMA) (RAPORDA LABA+LAMA+İKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)• AIRPUFF DISCAIR 50MCG/500 MCG INHALASYON TOZU 60 DOZ(LABA+İKS) (RAPORDA LABA+LAMA+İKS KOMBİNE KULLANIM GEREKÇESİ YOK.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.