



## 18.01.2024 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>EYLEA 40MG/ML SOLUTION FOR INJECTION 1 VIAL(HASTAYA 17/12/2019 VE 09/01/2020 TARİHLERİNDE AYRICA 08/03/2021 VE 27/04/2021 TARİHLERİNDE BEVSİZUMAB KULLANILMIŞ İNTRAVİTREAL BEVACİZUMAB GÜNÜBİRLİK TEDAVİ KAPSAMINDA UYGULANACAK OLUP, YÜKLEME DOZU; 4-6 HAFTA ARAYLA ARDIŞIK 3 DOZ OLARAK BAŞLANMALIDIR CEVAP ALINAMAMASI DURUMUNDA AFLİBERSEPT BAŞLANABİLİR 04/08/2021 TARİHİNDE AFLİBERSEPT BAŞLANMIŞ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EYLEA 40 MG; 4-6 HAFTA ARAYLA 3 KEZ BEVACİZUMAB UYGULAMASI YAPILMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR.</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>LIXIANA 60 MG 28 FILM KAPLI TABLET(RAPOR SUT A UYGUN DEĞİL)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LIXIANA; 24/06/2023 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>LIPITOR 10 MG.30 FILM TB.(HASTANIN LDL ÖLÇÜMÜ UYGUN DEĞİL.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>LIPITOR 10 MG; 26/07/2023 TARİHLİ RAPORDA LDL DEĞERİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>DOPADEX SR 25 MG/100 MG UZATILMIS SALIMLI 100 TB(RAP.1*100 MG)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>DOPADEX SR 25 MG/100 MG; 03/12/2020 TARİHLİ RAPOR ÖNCESİNDE VE SONRASINDAKİ GÜNCEL RAPORDA DOZ 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li> </ul>

5	<ul style="list-style-type: none"><li>OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(11/11/2021 TARİHLİ RAPORLA26/ 05/2022 YE KADAR KADIN DOĞUM UZMANININ ÇIKARDIĞI RAPORLA HEPARİN KULLANMIŞ 24/05/2023 TARİHİNDE TEKRAR ÇIKIŞ YAPILMAYA BAŞLANMIŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>OKSAPAR- GEBELERDE İSE KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMAN HEKİMİNCE DÜZENLENEN 9 AY SÜRELİ UZMAN HEKİM RAPORUNA İSTİNADEN VERİLEBİLECEĞİNDEN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. KATILIM PAYLI RAPOR İSE MAKSİMUM 2 YIL OLABİLECEĞİNDEN REÇETE TARİHİ İTİBARIYLA KATILIM PAYLI ÖDENEMEMİŞTİR. OY ÇOKLUĞU SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALE EDİLMİŞTİR.</li></ul>
6	<ul style="list-style-type: none"><li>PLETAL 100 MG 60 TABLET(İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTIKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI (ASETİLSALİSİLİK ASİT, KLOPİDOGREL, HEPARİN, VARFARİN, ASENOKUMAROL, DABİGATRAN, RİVAROKSABAN VEYA APİKSABAN))</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PLETAL; İLACIN KONTRENDİKASYONUNDA, İKİ VEYA DAHA FAZLA ANTIPLATELET/ANTIKOAGÜLAN İLAÇ KULLANIMI BULUNDUĞUNDAN VE CORASPRİN VE PLAVİX İLE BİRLİKTE KULLANILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
7	<ul style="list-style-type: none"><li>SOLOFINE 6MM 31G IGNE UCU(RAPORDAKİ DOZU=2*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
8	<ul style="list-style-type: none"><li>COLASTIN-L 20 MG 30 FILM TABLET(6 AY İÇİNDE İLAÇ ALMAMIŞ.İLK ÖLÇÜMDEN SONRA İLACA BAŞLAMAMIŞ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>BİR ÖNCEKİ STATİN 06/06/2023 TARİHİNDE BİTTİĞİNDEN İDAME TEDAVİYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
9	<ul style="list-style-type: none"><li>NUTRIVIGOR VANİLYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(BESİN ALIMINDAKİ AZALMA İLE İLGİLİ AÇIKLAMA YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
10	<ul style="list-style-type: none"><li>FOSAVANCE 70 MG 2800 IU 4 TB.(PATOLOJİK KIRIK İÇİN ICD-10 KODU UYGUN DEĞİL.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>FOSAVANCE; PATOLOJİK KIRIK TANISIYLA İLGİLİ ICD-10 KODU OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
11	<ul style="list-style-type: none"><li>JANUVIA 100 MG 28 FILM TABLET(; METFORMİN VE/VEYA SÜLFONİLÜRELERİN MAKSİMUM TOLERE EDİLEBİLİR DOZLARINDA YETERLİ GLİSEMİK KONTROL SAĞLANAMAMIŞ HASTALARDA ÖDENİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>JANUVIA –RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
12	<ul style="list-style-type: none"><li>XARELTO 20 MG 28 FTB(ORTA-CİDDİ MİTRAL DARLIK VEYA MEKANİK PROTEZ KAPAĞI OLMAYAN NONVALVULER ATRİYAL FİBRİLASYONLU HASTALARDA; BEDELİ ÖDENİR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

13	<ul style="list-style-type: none"><li>KAPEDA 500 MG 120 FTB(21 GÜNDE 14X5 OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDE KAPEDA 500 MG 120 FTB ADLI İLACIN BİTİŞ TARİHİ 312LV42 NUMARALI REÇETEDEKİ İLACIN İLAÇ ALIM TARİHİNİ AŞMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORDA KAPESİTABİN 2500MG/M<sup>2</sup> (4625 MG) 1-14 GÜNLER OLARAK BELİRTİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
14	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTIMEL DRINK ÇIKOLATA AROMALI 500 ML (500 KCAL)(HASTANIN04/07/2022 DE FORTIMEL ENERGY İÇİN RAPOR ÇIKARILMIŞ RAPOR SURESI DOLMUŞ OLDUĞU İÇİN 04/2020 TARİHLİ RAPORDAKİ BESLENME SOLUSYONU VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>FORTIMEL DRINK; FORTİMEL ENERGY HİÇ KULLANILMADIĞINDAN MEVCUT RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
15	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPANTHYL 267 M KP.(İDAME TEDAVİ DEĞİL.TRG.ÖLÇÜM TARİHİ YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LIPANTHYL; EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
16	<ul style="list-style-type: none"><li>LANTUS SOLOSTAR 100IU 5 KAR(OPTİPEN(RAP.1*50 IU)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>LANTUS SOLOSTAR ; -REÇETEDE HAFTADA 7*40 Ü GİRİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
17	<ul style="list-style-type: none"><li>KETYA 25 MG 30 FTB(RAP. 2*1)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>KETYA, RAPORDA DOZ 12 SAATTE 2 X 1.0 ADET OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
18	<ul style="list-style-type: none"><li>TEMOMID 100 MG 5 KAP(EMOMİD ORAL YOLDAN 28 GÜNDE BİR TEKRARLANAN KÜRLER HALİNDE UYGULANIR. SISTEME GÜNDE 1*3 OLARAK GİRİLDİĞİ İÇİN HASTA 10/11/2023 VE 29/11/2023 TARİHLERİNDE ÜST ÜSTE İLAÇ VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TEMOMID ; RAPORA GÖRE 21 GÜNDE 5 GÜN KULLANILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
19	<ul style="list-style-type: none"><li>RESOURCE DIABET ÇİLEK AROMALI 200 ML(200 KCAL)(RAPORDA HASTANIN RESOURCE DİYABET 4X1 KULLANMASI UYGUNDUR. YAZILI ANCAK HASTA DİYABET HASTASI DEĞİL)</li><li>RESOURCE DIABET VANILYA AROMALI 200 ML(200 KCAL)(RAPORDA HASTANIN RESOURCE DİYABET 4X1 KULLANMASI UYGUNDUR. YAZILI ANCAK HASTA DİYABET HASTASI DEĞİL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>SİNDİRİM, ABSORBSİYON, MALNÜTRİSYON PROBLEMİ VE GLUKOZ METABOLİZMASI BOZUKLUĞU HASTALARINDA KULLANILABİLECEĞİNDEN RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
20	<ul style="list-style-type: none"><li>NOVOEIGHT 1500IU ENJEKSİYONLUK COZELTI HAZIRLAMAK İÇİN TOZ VE COZUCU(RAPOR DOZUNA (2X1000 IU/HAFTA) DÜZELTİLDİ. KESİNTİ SİSTEM TARAFINDAN (1500 IU FORMU İLK ALIŞI) YAPILDI.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
21	<ul style="list-style-type: none"><li>ALATAB 600 MG 30 FTB(254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

22	<ul style="list-style-type: none"><li>DIASIP CILEK 200 ML(200 KCAL)(13/07/2023 TARİHLİ BESLENME RAPORUNUN SÜRESİ DOLDUĞU İÇİN 03/12/2021 TARİHLİ RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILARAK VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>DIASIP; SÜRESİ UZATILAN RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
23	<ul style="list-style-type: none"><li>PARIDEV 5 MCG/ML IV ENJ COZ ICEREN 1 ML 5 AMP(RAPORDA 03/07/2023 ALBUMİN İLE DUZCA :8.74 - 03/07/2023 :[DİYALİZAT CA:1.25 MMOL/LT] - - PTH:144 UG/L YAZILI RAPORDA ALBUMİN İLE DÜZELTİLMİŞ SERUM SERUM FOSFOR DÜZEYİ YOK AYRICA PTH DÜZEYİ 300 PG/ML'İNİN ÜZERİNDE OLMAK KOŞULUYLA PTH DÜZEYİNDE BİR ÖNCEKİ ÖLÇÜME GÖRE %25'İN ÜZERİNDE İSE BEDELİ ÖDENİR HASTANIN PTH DEĞERİ 144 RAPORDA ALBUMİN İLE DÜZELTİLMEYEN OLAN DEĞERLER 04/2023 TARİHİNDEKİ ALBUMİN DÜZEYİ İLE İLGİLİ BİLGİLER VAR)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PARIDEV; RAPORDA 03/07/2023 ALBUMİN İLE DUZCA :8.74 , 03/07/2023 PTH:366 UG/L VE PTH:144 UG/L - 05/04/2023 - PTH DÜZEYİNDE BİR ÖNCEKİ ÖLÇÜME GÖRE %25'İN ÜZERİNDE ARTIŞ TESPİT EDİLEN HASTA DEİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE.</li></ul>
24	<ul style="list-style-type: none"><li>ELIQUIS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET(HASTADA PROSPEKTÜSTE BELİRLENEN RİSK FAKTÖRÜNDEN HERHAGİBİRİSİ İ YOK.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>ELIQUIS-TC KİMLİK NUMARASI İLE HİPERTANSİYON RAPORU BULUNDUĞU GÖRÜLDÜĞÜNDEN VE RAPORDA AÇIKLAMA YAPILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li></ul>
25	<ul style="list-style-type: none"><li>PEDIASURE VANILYA AROMALI 220 ML SİSE(220 KCAL)(İDAME TEDAVİ.RAPORU İLGİLİ UZMAN HEKİM ÇIKARMAMIS.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PEDIASURE- İDAME RAPORU İLGİLİ UZMAN HEKİMLER TARAFINDAN DÜZENLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>
26	<ul style="list-style-type: none"><li>EXJADE 500 MG SUDA DAGILABİLEN 28(TEDAVİ ALTINDA İKEN KARACİĞER DEMİR KONSANTRASYONU&lt;3 MG/G KURU AĞIRLIK VEYA SERUM FERRİTİN&lt;300 MİKROGRAM/L OLDUĞUNDA TEDAVİ SONLANDIRILIR. 3. AYDAKİ DEĞERLERLE İLAÇ VERİLMEMEYE DEVAM EDİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>EXJADE-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
27	<ul style="list-style-type: none"><li>ALIPZA 2 MG FILM TABLET(İDAME TED. DEĞİL)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPOR ÖNCESİ 6 AYDAN FAZLA ARA OLMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN İDAME TEDAVİYE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>

28	<ul style="list-style-type: none"><li>• RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(HASTAYA 12/02/2021 TARİHİNDE YENİ BESLENME RAPORU ÇIKARILMIŞ HEM BU RAPORDAN HEM 27/09/2020 TARİHLİ RAPORDAN İKİ FARKLI BESLENME SOLUSYONU ÇIKIŞI YAPILMIŞ)</li><li>• RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(HASTAYA 12/02/2021 TARİHİNDE YENİ BESLENME RAPORU ÇIKARILMIŞ HEM BU RAPORDAN HEM 27/09/2020 TARİHLİ RAPORDAN İKİ FARKLI BESLENME SOLUSYONU ÇIKIŞI YAPILMIŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 12/02/2021 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
29	<ul style="list-style-type: none"><li>• IMPACT GLUTAMIN 500 ML(565 KCAL)(HASTANIN 28/01/2022 VE 02/08/2022 TARİHLİ 2023 YILININ İLK AYLARINDA SURESI DOLAN İKİ RAPORU VAR BUNLARIN SURESI DOLDUĞU İÇİN 2020 YILINDAKİ RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILARAK BESLENME SOLUSYONU VERİLMİŞ)</li><li>• RESOURCE GLUTAMIN 100 G(5GRX20SASE)(400 KCAL)(HASTANIN 28/01/2022 VE 02/08/2022 TARİHLİ 2023 YILININ İLK AYLARINDA SURESI DOLAN İKİ RAPORU VAR BUNLARIN SURESI DOLDUĞU İÇİN 2020 YILINDAKİ RAPORDAN ÇIKIŞ YAPILARAK BESLENME SOLUSYONU VERİLMİŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SÜRESİ UZATILAN RAPORA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
30	<ul style="list-style-type: none"><li>• UREDERM LIPO %10(NÜKS İÇİN REÇETE TARİHİYLE UYUMLU RAPOR YOK)</li><li>• BILAXTEN 20 MG 20 TB(NÜKS İÇİN REÇETE TARİHİYLE UYUMLU RAPOR YOK)</li><li>• XOLAİR 150 MG/ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZİR ENJEKTOR (1 ADET)(NÜKS İÇİN REÇETE TARİHİYLE UYUMLU RAPOR YOK)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
31	<ul style="list-style-type: none"><li>• METACARTİN 2G/10ML ORAL COZ. ICEREN 10 FLK(2 GÜNDE 2 G OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDE 31KVIWZ NUMARALI REÇETEDEKİ İLACIN İLAÇ ALIM TARİHİNİ AŞMIŞTIR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• METACARTİN ; MEDULA HAK SAHİPLİĞİNDE 2 GÜNDE 1*1 OLARAK DÜZELTİLDİĞİNDE 21/11/2023 TARİHİNDE BİTMİŞTİR. ÖDENMESİNE.</li></ul>

32	<ul style="list-style-type: none"><li>CLOGAN 75 MG 28 FTB(RAPOR KRİTERLERİ YETERSİZDİR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
33	<ul style="list-style-type: none"><li>PEGASYS 135 MCG/0,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR SIRINGA (1 ADET)(RAPORDA SAYI E-16358815-506-01-1013637 TARİH:10.02.2023 3 AYLIK ONAYI MEVCUTTUR. YAZILI 11/2023 DE TEKRAR (REÇETE TARİHİNDEN SONRA ) 3 AYLIK ENDİKASYON DIŞI ONAY ALINMIŞ)</li><li>TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(RAPORDA AÇIKLAMALAR EKLEYEN EKLENME ZAMANI EN AZ ÜÇ AY SÜRE İLE İKS+LABA İLE TEDAVİ EDİLDİĞİ HALDE YETERLİ YANIT ALINAMAYAN HASTA OLDUĞU BELİRTİLMİŞ ANCAK HASTAYA SABASAMA KULLANILMIŞ)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>PEGASYS; 31/12/2023 TARİHİNE KADAR İZİN BELGESİ UZATILDIĞINDAN ÖDENMESİNE.</li><li>TRELEGY ELLIPTA; RAPOR AÇIKLAMASINA GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
34	<ul style="list-style-type: none"><li>AYSETFINE INSULIN KALEM İGNESİ 31G (0,25X5MM)(MEVCUT KULLANILAN İLAÇ DOZUDUR.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>AYSETFINE-2023-30. KOM. KALAN; GELEN GÖRÜŞE GÖRE ÖDENMESİNE.</li></ul>
35	<ul style="list-style-type: none"><li>TARDEN 20 MG.30 FILM TB.(6 AYDAN DAHA UZUN SURE ARA VERMİS.ESKİ LDL DEGERİ İLE ODENMEZ.)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>TARDEN-2023-29.KOM.KALAN; EKLENEN TANI İLE İLGİLİ GÖRÜŞ SORULMUŞTUR. İTİRAZIN REDDİNE.</li></ul>

