

03.06.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	SERETIDE 50 MCG/500 MCG DISKUS 60 DOZ (LABA+İKS) (RAPORDAKİ DOZU=1*1)	SERETIDE 50 MCG/500 MCG DISKUS 60 DOZ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
2	- TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET (RAPOR SUTA UYGUN DEĞİL.) - FIXDUAL 5 MG/10 MG 30 FTB (REÇETEDe İLGİLİ TEŞHİS YOK) - GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (RAPOR SUTA GÖRE UYGUN DEĞİL)	- TRAJENTA 5 MG FILM KAPLI TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE. - FIXDUAL 5 MG/10 MG 30 FTB;İLGİLİ TEŞHİS OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. - GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
3	RESOURCE THICKEN UP CLEAR 125 G (İNME,KRONİK NÖROLOJİK BOZUKLUKLAR VE BAS BOYUN KANSERLERİ VE CERRAHİ REZEKSİYONDA GÖRÜLEN YUTMA GÜÇLÜĞÜ ÇEKEN YETİŞKİN HASTALARDA ÖDENİR.)	RESOURCE THICKEN UP CLEAR 125 G ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
4	LIPANTHYL 267 M KP.(HASTA LİPANTHYL KULLANIMINA 6 AYDAN UZUN SÜRE ARA VERDİĞİNDEN BAŞLANGIÇ RAPORU OLARAK DEĞERLENDİRİLİR. RAPOR TARİHİYLE UYUMLU TRİGLİSERİT DEĞERİ RAPORA EKLETİLMELİDİR DİYE İADE İŞLEMİ YAPILMIŞTIR. 10 İŞ GÜNÜ İÇERİSİNDE EKSİKLİK GİDERİLMEDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMISTIR.)	LIPANTHYL 267 M KP;İADE SÜRECİNDE EKLETİLMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
5	UROMISIN 3 G TOZ İÇEREN SASE (KOMPLİKE OLMAMIŞ İDRAR YOLU ENFEKSİYONLARINDA TEK DOZ(3G)KULLANILIR.)	UROMISIN 3 G TOZ İÇEREN SASE;E-REÇETEDeKİ TEŞHİSE GÖRE ÖDENMESİNE.
6	IMBRUVICA 140 MG 90 KAPSUL(ENDİKASYON DİŞİ KULLANIM.)	IMBRUVICA 140 MG 90 KAPSUL;SUT 4.2.14.C/3-VV.1.Ç MADDESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.
7	ILOMEDİN 20 MCG ML 1 ML 5 AMPUL (ENDİKASYON DİŞİ KULLANIM)	ILOMEDİN 20 MCG ML 1 ML 5 AMPUL; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET (5 TABLET) (KEMOTERAPİYİ TAKİBEN GÜNDE İKİ KEZ BİR TABLET (1 MG) VEYA 2 MG GÜNDE BİR KEZ BİR HAFTAYA KADAR KULLANILIR.2 VE 9 NİSANDA OLMAK ÜZERE TOPLAM 3 KUTU VERİLMİŞ OLUP 2 KUTUSU ÖDENDİ.)	GRANEXA 2 MG FILM KAPLI TABLET; HASTA NEXAVAR TB İLE BERABER KULLANDIĞINDAN ÖDENMESİNE.
9	WILLCARE INSULİN KALEM İĞNESİ 32G*6MM (HASTA GÜNDE 2 DEFA 20 IU INSULİN KULLANIYOR İĞNE UCU 4*1 OLARAK REÇETELENMİŞ)	WILLCARE INSULİN KALEM İĞNESİ 32G*6MM;HASTA GÜNDE 3 KEZ İNSÜLİN KULLANMAKTADIR. 3*1 OLARAK ÖDENMESİNE.
10	BD MICRO FINE KALEM İĞNE UCU PENTAPOINT 31G*5MM (INSULİN (LEVEMİR) 1*50 DOZDA KULLANMAKTADIR. ONA GÖRE İĞNE UCU AYARLANDI.)	BD MICRO FINE KALEM İĞNE UCU PENTAPOINT 31G*5MM;(INSULİN (LEVEMİR) 1*50 DOZDA KULLANMAKTADIR İTİRAZIN REDDİNE.
11	CARDURA 4 MG 90 TB (20 LİKTEN 2 KUTU VERİLEBİLİRDİ)(1 AYLIK DOZ VERİLMESİ GEREKTİĞİNDEN)	- CARDURA 4 MG 90 TB;ÖDENMESİNE - GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB; RAPORA YAPILAN

	GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (RAPOR SUTA UYGUN DEĞİL)	EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML(500KCAL)(RAPORDAKİ GÜNLÜK KİLOKALORİ İHTİYACI KALORİ OLARAK BELİRTİLMİŞ. BELİRTİLEN DEĞERE GÖRE GÜNDE 1 KUTU ÖDENDİ.)	NUTRISON ADVANCED CUBISON 500 ML ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
13	GRANOCYTE 34 MU ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK LIYOFİLİ (RAPORDA ENDİKASYON UYUMU YOK)	GRANOCYTE 34 MU ENJEKSİYONLUK/INFUZYONLUK LIYOFİLİ ;RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	BREQUAL 50/500 MCG INHALASYON İÇİN TOZ İÇEREN 60 KAPSUL (LABA+İKS)(231-ASTİM UYARI KODU DİKKATE ALINMADAN İLAÇ VERİLDİĞİNDEN ÖDEME DİŞİ BIRAKILMIŞTIR.)	BREQUAL 50/500 MCG INHALASYON İÇİN TOZ İÇEREN 60 KAPSUL;İTİRAZIN REDDİNE.
15	INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL)(18 AYDAN KÜÇÜK VEYA AĞIRLIĞI 8 KG'DAN DÜŞÜK BEBEKLER İÇİN ÖDENİR)	INFATRİNİ 200 ML;İTİRAZIN REDDİNE.