

25.06.2020 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYON RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	AFINITOR 5 MG 30 TB (VİSSERAL HASTALIĞI OLMAYAN VE EVEROLİMUS KULLANIMI SONRASI PROFRESYON GELİŞMEYEN HASTALARDA ÖDENMEKTEDİR.)	AFINITOR 5 MG 30 TB ;RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE.
2	VALTRES 500 MG 10 TABLET (REÇETEDDE İLGİLİ TEŞHİS YOK.)	VALTRES 500 MG 10 TABLET;İADE EDİLMESİNE.
3	<ul style="list-style-type: none">OUET 25 MG 30 FTB (SUT TA KISITLAMA OLMADIĞI HALDE RAPOR SÜRESİ 1 YIL İLE SINIRLANDIRILDIĞINDAN RAPORDA BELİRTİLEN SÜREYE GÖRE DEĞERLENDİRİLDİ.)SECITA 15 MG 28 FILM TABLET (SSRI) (SUT TA KISITLAMA OLMADIĞI HALDE RAPOR SÜRESİ 1 YIL İLE SINIRLANDIRILDIĞINDAN RAPORDA BELİRTİLEN SÜREYE GÖRE DEĞERLENDİRİLDİ.)	<ul style="list-style-type: none">OUET 25 MG 30 FTB; RAPOR SÜRESİ COVID-19 NEDENİYLE 31.08.2020 YE UZATILDIĞI İÇİN ÖDENMESİNE.SECITA 15 MG 28 FILM TABLET; RAPOR SÜRESİ COVID-19 NEDENİYLE 31.08.2020 YE UZATILDIĞI İÇİN ÖDENMESİNE.
4	DESAL 40 MG 50 TB (RAPORDA 1*1, REÇETEDDE 2*1)	DESAL 40 MG 50 TB; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE.
5	PEDIASURE PLUS ÇİLEK AROMALI 220 ML ŞİŞE (330 KCAL) (RAPORDA BESLENME SOLÜSYONUNUN BAŞKA FORMU MEVCUT.)	PEDIASURE PLUS ÇİLEK AROMALI 220 ML ŞİŞE ;RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE.
6	LEVONT 5/10 MG 30 FTB RAPOR SÜRESİ 1 YILDIR. SUTTA BÖYLE BİR ŞART OLMADIĞI HALDE SÜRE KISITLAMASI OLDUĞUNDAN RAPOR BU SÜREYE GÖRE DEĞERLENDİRİLMİŞTİR.)	LEVONT 5/10 MG 30 FTB ; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞI İÇİN ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">VEMLIDY 25 MG 30 FILM KAPLI TABLET (İLK RAPOR SÜRESİ 6 AY OLDUĞU İÇİN KESİLDİ.)XARELTO 20 MG 28 FTB (RAPORDAKİ AÇIKLAMALR YETERLİ DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">VEMLIDY 25 MG 30 FILM KAPLI TABLET; RAPOR SÜRESİ UZATILDIĞI İÇİN ÖDENMESİNE.XARELTO 20 MG 28 FTB; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE.
8	EXCIPIAL LIPO %4 EMULSIYON 200 ML (REÇETEDDE 240 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİSLERDEN BİRİ OLMADIĞI HALDE SİSTEME GİRİLMİŞ.)	EXCIPIAL LIPO %4 EMULSIYON 200 ML;E-REÇETEDDE UYGUN TEŞHİS OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
9	BERIATE 500 IU (FAKTOR 8) 1 FLK (BERIATE-P 500 IU (FAKTOR 8) 1 FLK) (RAPOR UYGUN DEĞİL)	BERIATE 500 IU ;RAPOR UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">RYZODEG FELXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (5 KALEM) (SUT 4.2.33-3.B MADDESİNE GÖRE EKSİK RAPOR)BETMIGA 50 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 FILM TABLET (AYNI ECZANE HASTA KAYITLARINDA AYNI ATC KODUNDA FARKLI BİR ÜRİNER ANTİSPAZMODİK VAR.)	<ul style="list-style-type: none">RYZODEG FELXTOUCH 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR KALEM; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE.BETMIGA 50 MG UZATILMIŞ SALIMLI 30 FILM TABLET;BERABER KULLANIMINDA BİR KISITLAMA OLMADIĞINDAN ÖDENMESİNE.
11	<ul style="list-style-type: none">GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB (RAPORDA 1*1, REÇETEDDE 2*1)	<ul style="list-style-type: none">GALVUS MET 50/1000 MG 60 TB; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE

	<ul style="list-style-type: none"> BD MICRO FINE İĞNE UCU PENTAOINT 32G*4 MM (HASTA GÜNDE 1 DEFA İNSÜLİN KULLANDIĞINDAN İĞNE UCUNUN DOZU 4*1'DEN 1*1'E DÜŞÜRÜLMÜŞTÜR.) ATOR 20 MG.30 TB. (BAŞLANGIÇ TEDAVİSİDİR. LDL DEĞERİNİN GÜNCEL OLMASI GEREKİR. FAKAT RAPORDAKİ LDL ÖLÇÜM SONUCUNUN TARİHİ RAPOR TARİHİNDEN SONRA OLDUĞU İÇİN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> BD MICRO FINE İĞNE UCU PENTAOINT 32G*4 MM;HASTA GÜNDE BİR DEFA İNSÜLİN KULLANDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE. ATOR 20 MG.30 TB; LDL TARİHİ UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
12	<ul style="list-style-type: none"> DILATREND 12,5 MG 30 TABLET 56,94 RAPOR DOZUNA GÖRE HESAPLANDI HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (112 GÜNDE 1*12 ADET GİRİLMİŞ OLAN DOZ 2 HAFTADA 1*1 OLARAK DÜZELTİLİNCE BİTİM TARİHİ 22.06.2020 OLMUŞTUR. ANCAK 17.05.2020 DE AYNI İLAÇ KAYITLIDIR.) 	<ul style="list-style-type: none"> DILATREND 12,5 MG 30 TABLET; ; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK; İLK ALIŞ YÜKLEME DOZUDUR, DEVAM REÇETESİ 2 HAFTADA 40 MG OLMALIDIR, İTİRAZIN REDDİNE.
13	<ul style="list-style-type: none"> RESOURCE GLUTAMİN 100 G (5 GR*20 ŞAŞE)(400 KCAL) (KALORİ MİKTARI BELİRTLEN RAPOR SEÇİLDİ.) IMPACT ORAL RTD TROPİK MEYVE AROMALI 237 ML (334 KCAL)(KALORİ MİKTARI BELİRTİLEN RAPOR SEÇİLDİ.) 	<ul style="list-style-type: none"> 24/10/2019 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMEME GÖRE ÖDENMESİNE.
14	EPOBEL 5000 IU/0,5 ML I.V /S.C STERİL ENJEKSİYONLUK ÇÖZELTİ İÇEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR 6 ENJ.(RAPOR DOZUNA GÖRE HESAPLANDI. İADE EDİLDİĞİ HALDE DZÜELTME YAPILMAMIŞ.)	EPOBEL 5000 IU/0,5 ML;İADE KONUSU TEVZİ LİSTESİNİ ÖNCE GÖNDERDİĞİNDEN VE İADE SÜRESİNDE RAPORA EKLEME YAPILDIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDENMESİNE.
15	<ul style="list-style-type: none"> CRESTOR 40 MG 28 TABLET (22.05.28-07.02.2020 ARASINDA STATİN KULLANIMINA ARA VERMİŞTİR. TEDAVİYE UZUN SÜRE ARA VEREN(6 AY VE DAHA UZUN SÜRE) HASTALARDA YENİDEN BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ ARANIR.) TARDEN 40 MG 30 FILM TB (20.07.27-12.02.18 ARASINDA STATİN KULLANIMINA ARA VERMİŞTİR. TEDAVİYE UZUN SÜRE ARA VEREN (6 AY VE DAHA UZUN SÜRE) HASTALARDA YENİDEN BAŞLANGIÇ KRİTERLERİ ARANIR.))ÖNCEKİ REÇETELER DE AYNI ECZANE TARAFINDAN KARŞILANMIŞTIR.) TOVIAZ 8 MG 28 UZATILMIŞ SALIMLI TB (REÇETEDEN ORAL OKSİBUTİNİNE YANIT ALINAMAYAN YA DA TOLERE EDEMEYEN İBARESİ OLMADIĞI HALDE 275 UYARI KODU SEÇİLEREK KAYDEDİLMİŞTİR.) NERUDA 300 MG 50 FTB (ICD-10 KODU NÖROPATİK AĞRI İLE İLİŞKİLİ OLDUĞUNDAN REÇETE UYARI KODU 272'DEN 242 YE DEĞİŞTİRİLİNCE OTOMATİKMAN OLUŞAN KESİNTİ) 	<ul style="list-style-type: none"> CRESTOR 40 MG 28 TABLET;RAPORA YAPILAN EKLEMEME GÖRE ÖDENMESİNE. TARDEN 40 MG 30 FILM TB; ARA VERİLMEMEİŞ,İDAME TEDAVİYİ KARŞILADIĞI İÇİN ÖDENMESİNE. TOVIAZ 8 MG 28 UZATILMIŞ SALIMLI TB; REÇETEDEN UYGUN İBARE MEVCUT OLDUĞUNDAN ÖDENMESİNE. NERUDA 300 MG 50 FTB; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE DULOXX 30 MG 28 KAP;REÇETESİZ 418 KODUYLA GİRİLEBİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE. LYRICA 150 MG 56 KAPSUL; RAPOR UYGUN OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.

	<ul style="list-style-type: none"> DULOXX 30 MG 28 KAP (SNRI)(RAPOR NÖROLOJİ UZMANINCA DÜZENLENDİĞİ HALDE 418 REÇETESİZ İLAÇ TEMİNİ İÇİN BRANŞ PSİKİYATRİ OLARAK SEÇİLMİŞTİR.) LYRICA 150 MG 56 KAPSUL (RAPOR ICD-10 KODU SUT EK LİSTESİNDEKİ NÖROPATİK AĞRI KODLARI ARASINDA YOKTUR) 	
16	EXTRAIR 12 MCG-400 MCG INHALASYON İÇİN TOZ İÇEREN 60+60 KAPSUL (LABA+İKS) (HASTANIN ELİNDE LAMA VAR İKEN LABA+İKS ALMIŞ RAPOR ŞARTLARI UYGUN KOŞULLARI İÇERMİYOR.)	EXTRAIR 12 MCG-400 MCG INHALASYON ; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE
17	IMPACT GLUTAMİN 500 ML (565 KCAL) (G30.9 ICD 10 KODUNDA KATILIM PAYINDAN MUAF DEĞİLDİR.)	IMPACT GLUTAMİN 500 ML; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE
18	KEPPRA 100 MG/ML 150 ML ORAL ÇÖZ+3 ML ENJ (RAPORDAKİ DOZ 400 MG, REÇETEDEKİ DOZ 800 MG)	KEPPRA 100 MG/ML 150 ML; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE.
19	NEURONTIN 800 MG 50 CEN FILM TB.(SİSTEMDE KAYITLI DİYABET RAPORU VEYA İLACI BULUNMAMAKTADIR. KATILIM PAYLI ÖDENDİ)	NEURONTIN 800 MG 50 CEN FILM TB;RAPORDAKİ TEŞHİSE GÖRE ÖDENMESİNE
20	<ul style="list-style-type: none"> TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG KULLANIMA HAZIR INHALASYON TOZU 30 ADET (İKS+LABA+LAMA)(HASTANIN İLK KOAH RAPORU. İDAME KULLANIM DEĞİL. GEÇMİŞTE LABA VE İKS KAYDI GÖRÜLMEMİŞTİR.) ELIQUS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET (1980 DOĞUMLU DERİN VEN TROMBOZU(DVT) TEDAVİSİ İLE AKUT DVT SONRASI TEKRARLAYAN DVT VE PULMONER EMBOLİZMİN (PE)ÖNLENMESİNDE VEYA PULMONER EMBOLİZM (PE) TEDAVİSİ İLE TEKRARLAYAN PE VE DVT'NİN ÖNLENMESİNDE KULLANILIR; RAPORDA BUNA DAİR BİLGİ YOK. RİSK FAKTÖRLERİNDEN HT RAPORDA BELİRTİLMİŞ ANCAK HİÇ HT İLACI GÖRÜLMEMİŞ OLDUĞUNDAN 04.03 TEŞHİSLİ RAPORUYLA İŞLEM YAPILAMAMIŞTIR.) CLONEX 100 MG 50 TABLET (KLOZAPİN GRANÜLOSİT İZLEM FORMU DOLDURULDUĞUNA DAİR REÇETE%RAPORDA BİLGİ YOK.) ALATAB 600 MG 30 FTB (ALFA LİPOİK ASİT GÜNLÜK 600 MG KULLANILMAKTADIR. AYNI ECZANE HASTA KAYITLARINDA 2*1 DOZDA BENEDAY MEVCUT.) TEMODAL (SUT 4.2.14.C KAPSAMINDA YER ALAN İLAÇ OLDUĞUNDAN 	<ul style="list-style-type: none"> TRELEGY ELLIPTA 100/62,5/25 MCG; İLK RAPOR VE GEÇMİŞE LABA-İKS KULLANIMI BULUNMADIĞINDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. ELIQUS 5 MG FILM KAPLI 56 TABLET; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE. CLONEX 100 MG 50 TABLET;İZLEM FORMU EKLENDİĞİNDEN ÖDENMESİNE. ALATAB 600 MG 30 FTB;AYNI ECZANEDEN VERİLEN APIKOBAL PLUS İLE GÜNLÜK TOPLAM DOZ AŞILDIĞI İÇİN KESİLMİŞTİR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ İNCELEME KOMİSYONUNA HAVALA EDİLMİŞTİR. TEMODAL; RAPORDA YAPILAN DÜZELTMEME İSTİNADEN ÖDENMESİNE

	<p>TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI VEYA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN BİLGİLER. EVRE VEYA RİSK GRUBU, VARSA DAHA ÖNCE UYGULANAN KANSER TEDAVİ PLANI BULUNMALIDIR. ENDİKASYON UYUMU ARANDIĞINDAN GLİOBLASTOMA MULTİFORME (YENİ TANI, VS.) TEŞHİSİ DETAYLI OLMALIDIR.)</p>	
--	---	--