

02.11.2023 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

DOSYA NO	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	<ul style="list-style-type: none">ALATAB 600 MG 30 FTB(254 UYARI KODUNDAKİ TEŞHİS RAPORDA YOK)DIAMICRON MR 60 MG 60 TABLET(RAPOR DOZU 1*1)	<ul style="list-style-type: none">ALATAB-RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.DIAMICRON- RAPOR DOZU 1*1 OLDUĞUNDAN İTİRAZIN REDDİNE.
2	<ul style="list-style-type: none">MICTONORM 45 MG SR SUREKLI SALIMLI 30 KAPSUL(REÇETEDE ORAL OKSİBUTİNİNE YANIT ALAMADIĞI YAZMIYOR.)FEPATİL 267 MG SERT KAPSUL (30 KAPSUL)(RAPORDA TG DÜZEYİ YAZMIYOR.)	<ul style="list-style-type: none">MICTONORM -RAPORSUZ E-REÇETEDE UYARI KOUYLA İLGİLİ AÇIKLAMA OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.FEPATİL- EKLENEN TAHLİL BELGESİNE GÖRE ÖDENMESİNE
3	<ul style="list-style-type: none">VEMLIDY 25MG 30 FILM KAPLI TABLET(BAŞLANGIÇ KRİTERİ UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
4	<ul style="list-style-type: none">OKSAPAR 4000 ANTI-XA IU/0,4 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR ENJEKTOR(GEBELİKTE RAPOR SÜRESİ 9 AY.HASTANIN YENİ RAPORUNU SİSTEM KABUL ETMİYOR)	<ul style="list-style-type: none">22/09/2023 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
5	<ul style="list-style-type: none">AYSETFINE INSULIN KALEM İGNESİ 31G (0,25X6MM)(KULLANILAN İNSULIN OLAN INS GLARJIN DOZU=1*30 IU/ ML)DIAFORMİN 1000 MG 100 FILM TB.(RAPORDAKİ DOZU=1*1)	<ul style="list-style-type: none">AYSETFINE ; UZUN ETKİLİ İNSÜLİNİ GÜNDE TEK DOZ KULLANILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.DIAFORMİN; RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
6	<ul style="list-style-type: none">SAIZEN 12 MG / 1,5 ML ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KARTUS(RAPORDA TEDAVİYE DEVAM KRİTERLERİ EKSİK.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORDA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
7	<ul style="list-style-type: none">CABOMETYX FILM KAPLI TABLET 60 MG(RAPORDA RADYOLOJİ, PATOLOJİ VEYA SİTOLOJİ RAPORUNUN MERKEZİ, TARİHİ VE NUMARASI VEYA TEŞHİSE ESAS TEŞKİL EDEN BİLGİLER EKLENMEMİŞ.)	<ul style="list-style-type: none">RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.

8	<ul style="list-style-type: none">• DİKLORON 50 GR.JEL(E-REÇETEDE TEDAVİ SÜRESİ 10 GÜN DİYE BELİRTİLDİĞİNDEN 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)	<ul style="list-style-type: none">• RAPORSUZ E-REÇETE BELİRTİLEN SÜREDE 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE
9	<ul style="list-style-type: none">• FASLODEX 250 MG/5 ML X 2 ENJEKSİYONLUK COZELTI(METASTATİK HASTALIK İÇİN BİR SIRADAN DAHA FAZLA AROMATAZ İNHİBİTÖRÜ ALMIŞ HASTALARDA KULLANILMASI HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ KARŞILANMAZ.HASTA BAŞLANGIÇTA ARİMİDEX DAHA SONRA EXETU VE VALAMOR KULLANDIĞINDAN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	<ul style="list-style-type: none">• FASLODEX VE VALAMOR TEDAVİSİNE 07/06/2022 TARİHLİ RAPORLA BAŞLANMIŞTIR. SUT UN 4.2.14-C/3-DDD MADDESİNİN 1-B MADDESİNE GÖRE ; 'BİRİNCİ SIRA AROMATAZ İNHİBİTÖRÜ TEDAVİSİNİ 6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE KULLANDIKTAN SONRA KLİNİK VE/VEYA RADYOLOJİK HASTALIK PROGRESYONU VARLIĞINDA FULVESTRANT İLE KOMBİNE OLARAK KULLANILABİLECEĞİNDEN ÖDENMESİNE.
10	<ul style="list-style-type: none">• AZITRO 30 CC.SUSP.(E-REÇETEDE TEDAVİ SÜRESİ 5 GÜN DİYE BELİRTİLDİĞİNDEN 1 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR.)	<ul style="list-style-type: none">• E-REÇETEDE BELİRİLEN SÜREDE 1 KUTU ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE
11	<ul style="list-style-type: none">• VERXANT 150 MG SC ENJEKSİYON İCİN LIYOFİLİZE TOZ İCEREN 1 FLAKON(İZİN BELGESİNE GÖRE 1 AYLIK ÖDENİR)	<ul style="list-style-type: none">• VERXANT; 16/05/2023 TARİHLİ YENİLENEN İZİN BELGESİNDE DOZ AYDA 300 MG (2 FLK) VE 3 AYLIK DOZDA ÇIKTIĞINDAN , SÜRELERİN UZATILMASI HAKKINDAKİ DUYURU KAPSAMI DIŞINDA OLADUĞU BELİRTİLDİĞİNDEN 2 KUTU BEDELİ ÖDENMİŞTİR. İTİRAZIN REDDİNE
12	<ul style="list-style-type: none">• LETROL 2,5 MG 30 FTB(RAPORDA ENDİKASYON EKSİK BELİRTİLMİŞ.)• ALIPZA 2 MG FILM TABLET(RAPORDAKİ LDL SONUCU UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">• LETROL -RAPORA YAPILAN EKLEMESİNE GÖRE ÖDENMESİNE.• ALIPZA-SEREBRAL ENFARKTÜS TANISINA GÖRE ÖDENMESİNE.
13	<ul style="list-style-type: none">• COLCHICUM DISPERT 0,5 MG FILM TB (50 TB)(RAP 2*1)	<ul style="list-style-type: none">• RAPOR DOZU AŞILDIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.
14	<ul style="list-style-type: none">• ENJEKTOR 5 CC(72 SAATİ GEÇTİĞİNDEN AİLE HEK YAZAMAZ.)• NOVOSEF 1 GR.IM FLAKON(72 SAATİ GEÇTİĞİNDEN AİLE HEK YAZAMAZ.	<ul style="list-style-type: none">• GÖRÜŞ SORULDUKTAN SONRA DEĞERLENDİRİLMESİNE.

15	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI FIBRE ÇIKOLATA 200 ML (300 KCAL)(MALNÜTRİSYON KOŞULLARININ DEVAM ETMESİ DURUMUNDA ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ, ÇOCUK NÖROLOJİ, ÇOCUK METABOLİZMA, ÇOCUK CERRAHİSİ VEYA ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ VE METABOLİZMA UZMAN HEKİMLERİNCE DÜZENLENEN EN FAZLA 6 AY SÜRELİ RAPORA DAYANILARAK TÜM HEKİMLERCE REÇETE EDİLMESİ HALİNDE KURUMCA BEDELLERİ ÖDENİR.)	<ul style="list-style-type: none">FORTINI MULTI ; DAHA ÖNCE MAMA KULLANIMI OLDUĞUNDAN VE İDAME TEDAVİDE RAPORU İLGİLİ UZMAN HEKİMLER DÜZENLENMEDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE.
16	<ul style="list-style-type: none">TIODİK 600 MG FILM KAPLI TABLET (30 FILM KAPLI TABLET)(254 KODU İLE VERİLMİŞ ANCAK RAPOR UYGUN DEĞİL.)ARIMIDEX 1 MG.28 FILM TB.(RAPOR UYGUN DEĞİL.)	<ul style="list-style-type: none">TIODİK ; RAPORDA PERİFERAL DİYABETİK NÖROPATİ TANIMI OLMADIĞINDAN İTİRAZIN REDDİNE.ARIMIDEX -RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.
17	<ul style="list-style-type: none">NUTRIVIGOR VANİLYA AROMALI 220 ML SİSE(330 KCAL)(YENİ RAPORA GÖRE SİSTEM KABUL ETMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILDI.)ENSURE 2 CAL ÇİLEK AROMALI 200 ML (400 KCAL)(YENİ RAPORA GÖRE SİSTEM KABUL ETMEDİĞİNDEN KESİNTİ YAPILDI.)	<ul style="list-style-type: none">24/07/2020 TARİHLİ RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE.