

21.01.2021 TARİHLİ İTİRAZ KOMİSYONU RAPORU

Dosya No	İTİRAZ KONUSU	KOMİSYON KARARI
1	EXTRAIR 12 MCG-400 MCG INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60+60 KAPSUL(LABA+İKS) (4.2.24.B-2 a gereğince raporda açıklama eksiktir)	EXTRAIR 12 MCG-400 MCG INHALASYON ICIN TOZ ICEREN 60+60 KAPSUL(LABA+İKS) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
2	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET (254 - Diyabetik periferel polinöropati / Diyabetik periferel nöropatik ağrı tedavisinde kullanılabildiğinden)	BENEDAY ENTERİK KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
3	RYZODEG FLEXTouch 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (5 KALEM) (Analog karışım veya uzun etkili insülinlerden birini kullanmış olmasına rağmen kan şekeri labil seyreden ve/veya sık hipoglisemik olay geçiren ve/veya hipoglisemi riski yüksek ya da regülasyon sağlayamayan hastalarda bu durumun belirtildiği sağlık kurulu raporuna dayanılarak reçete edilebilir.)	RYZODEG FLEXTouch 100 U/ML SC ENJEKSİYONLUK COZELTI ICEREN KULLANIMA HAZIR KALEM (5 KALEM) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
4	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB (rapor sut a uygun değil)	EXFORGE 10 MG 160 MG 28 FTB ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
5	INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL) (raporda mama adı yok)	INFATRİNİ 200 ML(200 KCAL) ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
6	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK (hasta 10 2019 tarihinden beri kullanmaktadır .raporda belirtilen Raporda belirtilen ilaçlar doktor tavsiyesine göre, hastalık ve tedavinin etkinliği ile yan etkileri izlenerek kullanılacaktır.ibaresi ile doktor kontrolünde kullanmaya devam etmelidir)	HUMIRA PEN 40 MG/0,4 ML ENJEKSİYONLUK ; 418 KODU İLE VERİLDİĞİNDEN ÖDENMESİNE
7	IG-VENA N IV 50MG/ML 100 ML 1 FLK (Rapor dozu 1*5 gram. Bu endikasyonda en fazla 5 günlük kullanılır.)	IG-VENA N IV 50MG/ML 100 ML 1 FLK ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
8	KAPEDA 500 MG 120 FTB (1 kürlük ilaç ödendi)	KAPEDA 500 MG 120 FTB ; (1 KÜRLÜK ÖDENDİ) İLACIN PROSPEKTÜS BİLGİSİNDE KULLANIMI KÜR TANIMI OLDUĞUNDAN KESİNTİ YAPILMIŞTIR. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
9	CRESTOR 10 MG.28 TABLET (İDAME TEDAVİ DEĞİL.LDL ÖLÇÜM TARİHİ UYGUN DEĞİL.)	CRESTOR 10 MG.28 TABLET ; RAPOR UYGUN DEĞİL İTİRAZIN REDDİNE. 2018'DEN BERİ HİÇ İLAÇ ALIMI YOK.
10	URODAY 3 GR 1 SASE (432 - Alt üriner sistem enfeksiyonu)	URODAY 3 GR 1 SASE ; (432-ALT ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONU) OLMADIĞINDAN UYARI KODU GİRİLDİĞİNDEN İTİRAZIN REDDİNE)
11	JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET (Metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda reçete edilebilir.)	JARDIANCE 25 MG FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
12	URSACTIVE 250 MG 100 KAP (Ursactive kap için endikasyon uyumu aranmaktadır. Rapordaki hepatik fibroz teşhisiyle ödenmez.)	URSACTIVE 250 MG 100 KAP. ; (URSACTIVE KAP. İÇİN ENDİKASYON UYUMU ARANMAKTADIR. İTİRAZIN REDDİNE.
13	BEBELAC LF 400 GR.TOZ(2.040 KCAL) (ayda 10 kutudan 3 aylık 30 kutu odendi)	BEBELAC LF 400 GR.TOZ(2.040 KCAL) ; RAPORA YAPILAN GÜNDE 8*30 GR EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
14	DULESTER 30 MG 28 KAP (RAPOR NÖROLOJİ UZMAN HEKİMİ TARAFINDAN ÇIKARILMIŞ.HASTA 6 AYDAN DAHA UZUN SÜRE İLAÇ KULLANDIĞINDAN BU RAPORA İSTİNADEN REÇETeyİ PSİKİYATRİ UZMAN HEKİMİ YAZMASI GEREKTİĞİNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	DULESTER 30 MG 28 KAP. OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE.

	CYPLOS ARVOHALER 50 MCG/500 MCG (60 INHALASYON DOZU) (CYPLOS SANOHALER 50/500 MCG INH (LABA+İKS) (HASTA LAMA VE LABA+İKS KULLANIYOR.HASTANIN İLAÇ GEÇMİŞİNE BAKILDIĞINDA İDAME TEDAVİ OLMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.) - TUTAST ARVOHALER18 MCG INHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG INHALASYON ICIN TOZ ((LAMA) (HASTA LAMA VE LABA+İKS KULLANIYOR.HASTANIN İLAÇ GEÇMİŞİNE BAKILDIĞINDA İDAME TEDAVİ OLMADIĞI GÖRÜLDÜĞÜNDEN ÖDEME DIŞI BIRAKILMIŞTIR.)	CYPLOS ARVOHALER 50 MCG/500 MCG (60 INHALASYON DOZU) - TUTAST ARVOHALER18 MCG INHALASYON TOZU (30 DOZ) (TUTAST SANOHALER 18 MCG INHALASYON ICIN TOZ ; OY BİRLİĞİ SAĞLANAMADIĞINDAN ÜST İTİRAZ KOMİSYONUNA HAVALESİNE
15	GLIVEC 400 MG.30 FILM TABLET (metastatik malign C-KIT reseptörü taşıyan gastrointestinal stromal tümör (GIST) hastalarında,bedeli ödenir)	GLIVEC 400 MG.30 FILM TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE
16	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET (metformin ve/veya sülfonilürelerin maksimum tolere edilebilir dozlarında yeterli glisemik kontrol sağlanamamış hastalarda; ödendiğinden bedeli ödenmedi.)	JANUMET 50/1000 MG 56 FILM KAPLI TABLET ; RAPORA YAPILAN EKLEMeye GÖRE ÖDENMESİNE